



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“MAPEANDO PÉS- Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2”

Anabela Gonçalves Dos Santos

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“MAPEANDO PÉS- Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2”

Anabela Gonçalves Dos Santos

Orientação: Isaura Serra, Mestre em Intervenção Sócio Organizacional na Saúde; Professora Adjunta na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

Pensamento

“As universidades aprendem com os estudos, as instituições aprendem com os relatórios
e as comunidades aprendem com as histórias”

John Mcknight (1987) - “Pensador de Saúde Comunitária”

Agradecimentos

À Professora Isaura Serra, pela orientação, disponibilidade e aconselhamento na execução deste trabalho.

À Enfermeira Ana Paula Jesus, Mestre em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pela orientação, apoio e disponibilidade durante os estágios. À Enfermeira Maria José Gonçalves, presente como coorientadora e como companheira de percurso profissional. Grata pela confiança, motivação e orientação.

A toda a equipa da Unidade de Saúde onde foram realizados os estágios, pelo acolhimento e disponibilidade.

À Sofia Gonçalves, pela sua inteligência emocional conseguiu impor ânimo e força em todos os dias, tanto a nível de desempenho profissional como a nível académico. À Vanessa Gregório por todas as palavras de incentivo, pela sua presença e todo o seu apoio. Ambas solidárias em todos os momentos.

À minha Família cuja compreensão e afetos foram tranquilizadores. Aos ausentes que sempre foram os mais presentes.

Para as minhas filhas, Beatriz e Madalena, agradeço pela maturidade com que me presentearam, com Amor, Compreensão, e ajuda em todo este processo. Por elas também me propus a este desafio, pois acredito que com o exemplo, se aprendem valores fundamentais.

Ao Micael, que durante a nossa vida tem acreditado sempre nas minhas capacidades tendo sido sempre um incentivo aos meus planos. Sempre presente com reforço emocional e apoio incondicional. Foi mais uma etapa conseguida a dois.

Bem hajam por tudo.

Resumo

Introdução: O défice na gestão da Diabetes Mellitus propicia o aparecimento de complicações tardias. O Pé Diabético é uma das mais frequentes e graves. **Objetivo:** Capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético. **Método:** Com base na Metodologia do Planeamento em Saúde, foi desenvolvido um projeto de intervenção comunitária, dirigido a pessoas com diabetes tipo 2. Foi aplicado um questionário aos utentes com diabetes e realizadas sessões de educação para a saúde. **Resultados:** Verificou-se défice de autocuidados e de conhecimentos sobre a boa prática de cuidados a ter com os pés. Após intervenção com as sessões de educação para a saúde, constatamos que foi possível contribuir para a capacitação e promoção do autocuidado. **Conclusão:** A educação para saúde é uma das estratégias mais eficaz para a capacitação da pessoa com diabetes.

Palavras-chave: Diabetes tipo 2, Pé Diabético, Autocuidado.

Abstract

Introduction: The deficit in the management of Diabetes Mellitus leads to the appearance of late complications. The Diabetic Foot is one of the most frequent and severe. **Objective:** To train for the promotion of self-care of people with Type 2 diabetes, regarding the risk of diabetic foot ulcer. **Method:** Based on the Health Planning methodology, we developed a community intervention project, aimed at people with type 2 diabetes. Was applied a questionnaire to users with diabetes and conducted education sessions for personal health. **Results:** was found deficit self-care and knowledge about good practice of foot care. After intervention with education sessions for health, we found that it was possible to contribute to the awareness and promotion of self-care. **Conclusion:** Education for health is one of the most effective strategies for the awareness of people with diabetes.

Key words: Type 2 Diabetes, Diabetic Foot, Self-care.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - População do ACES.....	46
Gráfico 2 - Fontes de risco para a úlcera	62
Gráfico 3 - Estado geral de saúde.....	63
Gráfico 4 - Observação plantar. (I).....	64
Gráfico 5 - Observação de espaço interdigital.....	65
Gráfico 6 - Lavagens pés. (I).....	65
Gráfico 7 - Autocuidado dos pés (I)	66
Gráfico 8 - Autocuidado dos pés (II).....	66
Gráfico 9 - Auto cuidado dos pés. Corte das unhas. (I).....	67
Gráfico 10 - Autocuidado dos pés. Resolução dos problemas. (I)	68
Gráfico 11 - Grau de informação percecionado pelos utentes. (I).....	70
Gráfico 12 - Obstáculos nos cuidados aos pés. (I)	71
Gráfico 13 - Observação plantar. (II)	93
Gráfico 14- Observação do espaço interdigital	93
Gráfico 15- Lavagens pés. (II).....	94
Gráfico 16- Autocuidados aos pés. (III)	94
Gráfico 17 - Autocuidado aos pés. (IV)	95
Gráfico 18- Auto cuidado dos pés. Corte das unhas. (II)	96
Gráfico 19- Autocuidado aos Pés. Resolução de problemas. (II).....	96
Gráfico 20- Grau de informação percecionado pelos utentes. (II)	99
Gráfico 21- Obstáculos nos cuidados aos pés. (II)	101

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Valores de glicémia de referência	18
Tabela 2 - Evolução da taxa bruta de natalidade (2001, 2006, 2011, 2016)	46
Tabela 3 - Índice demográfico (1991, 2001, 2011 e 2016)	47
Tabela 4- Registo de observação do pé nos cuidados de saúde Primários.	49
Tabela 5- Taxa de mortalidade por diabetes nos triénios 2010-2012, 2011-2013 e 2012-2014, na população com idade inferior a 75 anos e em ambos os sexos.....	50
Tabela 6- Critérios de inclusão e de exclusão da amostra populacional	56
Tabela 7- Caracterização da amostra (Grupo I).....	60
Tabela 8- Caracterização da amostra (Grupo II)	62
Tabela 9- Informação fornecida pelos profissionais de saúde aos utentes	69
Tabela 10- Indicadores de processo.....	90
Tabela 11 - Indicadores de resultado	91
Tabela 12 - Análise dos resultados de melhoria	98
Tabela 13 -Respostas do questionário de satisfação em relação à sessão	102

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação e monitorização do grau de risco de úlcera do pé diabético	CLXV
ANEXO 2 - Parecer da comissão ética e direção do ACES	CLXVII
ANEXO 3 – Questionário utilizado no diagnóstico de situação.....	CLXXI
ANEXO 4 - Imagem do Mapa de Conversação- “Diabetes e o cuidado com os pés”	CLXXX
ANEXO 5 – Pedido de autorização na plataforma do INFARMED, I.P.	CLXXXII

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Análise Swot.....	CXXVIII
APÊNDICE 2 – Pedido de autorização à Direção do ACESA	CXXX
APÊNDICE 3 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT	CXXXII
APÊNDICE 4 – Pedido de autorização de utilização de questionário	CXXXIV
APÊNDICE 5 – Consentimento informado aos utentes	CXXXVI
APÊNDICE 6 – Plano de sessão da reunião.....	CXXXVIII
APÊNDICE 7 –Apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação	CXL
APÊNDICE 8 – Plano da sessão do programa de educação para a saúde	CXLIII
APÊNDICE 9 – Plano de sessão de educação para a saúde	CXLV
APÊNDICE 10 – Cronograma de atividades	CXLVII
APÊNDICE 11 – Poster “Diabetes e cuidado com os pés”	CXLIX
APÊNDICE 13- Pedido de autorização de material de apoio.....	CLIV
APÊNDICE 14 – Questionário para avaliação das sessões de educação para saúde.....	CLVI
APÊNDICE 15 – Poster em formato digital	CLVIII
APÊNDICE 16 – Resumo do Artigo científico	CLX

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Atendimento Complementar

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACESA – Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida

ADA- Associação Americana de Diabetes

AGJ- Anomalia da Glicemia em Jejum

AML – Área Metropolitana de Lisboa

APA - American Psychological Association

APDP- Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

ARS – Administração Regional de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BI-CSP- Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CDE- Código Deontológico do Enfermeiro

CDP – Centro de Diagnóstico Pneumológico

CIPE – Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem

DCCT- Diabetes Control and Complications Trial

DCV – Doença Cardiovascular

DGS – Direção Geral de Saúde

DG- Diabetes Gestacional

DM – Diabetes Mellitus

DM1- Diabetes Mellitus tipo 1

DM2- Diabetes Mellitus tipo 2

DMV – Doença Macro Vascular

DRC – Doença Renal Crónica

EAM – Enfarte Agudo Miocárdio

ECSCP- Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

EPE – Entidade Pública Empresarial

GAAISSS- Grupo de Análise, Avaliação, Intervenção de Situações Sociais e Saúde

HbA1c – Hemoglobina Glicada

ICN- International Council of Nurses

IDF – *International Diabetes Federation*

INE – Instituto Nacional de Estatística

IWGDF - Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético

MODY – Maturity Onset Diabetes of the Young

OCDE – Organismo para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

OMS – Organização Mundial de Saúde

OND – Observatório Nacional de Diabetes

PIB –Produto Interno Bruto

PNPCD – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

PTGO - Prova de Tolerância à Glicose Oral

RD- Retinopatia Diabética

REPE-Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RLVT – Região de Lisboa e Vale do Tejo

SIARS - Sistema Informático da Administração Regional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetes

TDG- Tolerância Diminuída à Glucose Oral

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Primários

URAP- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP- Unidade de Saúde Publica

UKPDS -*United Kingdom Prospective Diabetes Study*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. Diabetes.....	17
1.1.1. Complicações da diabetes	23
1.1.2. As complicações com os pés	27
1.2. Educação Terapêutica e Podológica das Pessoas com Diabetes.....	32
1.3. Literacia em Saúde e Capacitação para o Autocuidado	36
1.4. Modelo Teórico de Dorothea Orem- A Teoria do Défice de Autocuidado	39
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAUDE	43
2.1. Diagnostico de Saúde	44
2.1.1. Contexto local de intervenção	44
2.1.2. Caracterização de saúde	47
2.1.3. Análise de risco e plano de ação	52
2.1.4. Considerações éticas	54
2.1.5. População-alvo	55
2.1.6. Instrumentos, técnicas e procedimentos.....	57
2.1.7. Apresentação e análise dos dados	59
2.1.7.1. Diagnósticos de enfermagem.....	72
2.2. Determinação de Prioridades.....	78
2.3. Fixação de Objetivos	79

2.4.	Seleção de Estratégias.....	81
2.5.	Preparação Operacional e Implementação.....	84
2.5.1.	Previsão de recursos	86
2.6.	Planeamento de Monitorização e Avaliação.....	89
3.	REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	104
	CONCLUSÃO	113
	BIBLIOGRAFIA.....	- 117 -

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foi desenvolvido este documento – Relatório de Estágio, que relata o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o estágio realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP)- Distrito de Setúbal, no período entre 14 de maio de 2018 e 25 de janeiro de 2019.

Esta UCSP, é uma unidade funcional que presta cuidados de saúde personalizados, cuja área de abrangência geográfica é de 25,78 km² e tem uma população de 52542 habitantes, com uma densidade de 2675,3 habitantes/km². De referir que esta área, engloba 20 Bairros Populacionais com uma grande diversidade cultural, étnica e socioeconómica, representando mais de 40% da população do concelho de Setúbal em 10% do território concelhio.

Os informadores chave desta instituição identificaram como necessidade de saúde a intervenção na área da prevenção das complicações crónicas da diabetes, por controlo dos principais fatores de risco modificáveis, destacando-se dentro deste âmbito a problemática da prevenção e vigilância do pé diabético. Assim neste contexto, verificamos que em termos epidemiológicos, os indicadores relacionados com a problemática da incidência de amputações dos membros inferiores, por motivo da diabetes, no Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACESA) se revelam superiores, em relação aos dados a nível nacional e da região da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, (ARSLVT) (Direção Geral da Saúde, 2016a).

A elevada taxa de incidência de amputações, constitui um indicador epidemiológico muito importante que motiva estratégias que incluam medidas de prevenção, considerando que estas serão as mais eficazes para reduzir este problema, podendo reduzir as taxas de amputação em cerca de 49-85% (International Working Group on the Diabetic Foot, 2011).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crónica, considerada um problema de saúde global, quer pela alta morbilidade e mortalidade a que está relacionada, mas também pelo aumento da prevalência a nível mundial. A diabetes Mellitus é definida como uma doença

metabólica que se traduz em níveis de glicemia elevados (hiperglicemia), que podem ser resultantes quer por defeitos na secreção de insulina como na ação da insulina ou mesmo até de ambos. O mau controlo e o défice na gestão da doença, propicia o aparecimento das chamadas complicações tardias relacionadas com a diabetes, sendo responsáveis pela morbilidade e mortalidade e consequentemente associadas a custos económicos significativos (ADA, 2013).

Uma das complicações mais frequentes e graves da diabetes é o chamado Pé Diabético, que constitui uma ameaça à integridade da vida, pelo nível de morbilidade que causa, traduzido pelo impacto altamente negativo na qualidade de vida do doente e sua família, assim como, pelos elevados custos económicos e sociais que o seu tratamento acarreta, sendo causa comum de internamentos prolongados com elevado risco de conduzir a uma amputação dos membros inferiores (International Working Group on the Diabetic Foot, 2011).

O conceito de Pé Diabético, adotado no *Internacinal Consensus On The Diabetic Foot*, é caracterizado pelo comprometimento dos tecidos profundos a nível dos pés, causados pela vulnerabilidade da pessoa com diabetes, à infeção, ulceração ou lesões cutâneas, tendo como fatores subjacentes mais importantes para o seu desenvolvimento a neuropatia sensorial periférica, a neuropatia motora, traumatismos e doença arterial periférica ao nível das extremidades inferiores, conduzindo à redução nutricional e má oxigenação dos tecidos (Bakker, Apelqvist, Lipsky, & Schaper, 2016). As lesões não ulcerativas do pé, não são contempladas na definição de Pé Diabético, mas devem ser levadas em consideração, pela prevalência e gravidade que são conhecidas e por servirem de fator predisponente de lesões ulcerativas com prognóstico reservado e imprevisível (Apdp, 2010).

Com o intuito de prevenir ou minimizar as complicações advindas da doença é essencial providenciar mudanças quotidianas, nos hábitos de vida que incluem basicamente a adoção de medidas de autocuidado. No entanto, é aqui que o desafio surge no envolvimento entre as pessoas com a diabetes e os profissionais de saúde sendo estes os impulsionadores das mudanças comportamentais que devem ser incorporadas no dia a dia das pessoas com diabetes, de modo que sejam capazes de gerir a sua doença com

capacidade e responsabilidade. Deste modo, destaca-se a importância da educação terapêutica como sendo um dos pilares fundamentais do tratamento da diabetes. Uma educação intensiva e continuada é de extrema importância no sentido de ajudar a pessoa com diabetes a desenvolver as habilidades necessárias para o seu autocuidado, estimulando mudanças que visem comportamentos saudáveis, no sentido de prevenir possíveis complicações da doença (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2018).

Investir em orientações sobre cuidados com as pessoas com diabetes, baseadas em evidências internacionalmente adequadas, está provavelmente entre as formas mais rentáveis de gastos com cuidados em saúde, desde que sejam focados em objetivos e corretamente implementados (Bakker et al., 2016).

O mundo enfrenta um aumento da prevalência e incidência de pessoas com diabetes tipo 2, devido ainda aos reduzidos conhecimentos no que diz respeito à prevenção, diagnóstico tardio, tratamento inadequado e uma autogestão desadequada da doença (World Health Organization, 2016).

Neste contexto, através da metodologia do planeamento em saúde foi realizado o projeto de intervenção intitulado: *Mapeando Pés - Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2*. Pretendemos que seja uma mais valia, como o *continuum* de um percurso de intervenção autónoma de enfermagem, que tem como finalidade contribuir para a capacitação das pessoas com diabetes tipo 2 para a prevenção das lesões nos pés.

Definiu-se como objetivo geral para este projeto, no contexto da consulta de enfermagem de diabetes na UCSP: capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético. E os objetivos específicos definidos foram: avaliar e registar risco para úlcera de pé diabético, de acordo com a Norma N°5 da DGS de 2011; avaliar a importância auto percebida do autocuidado aos pés e aumentar os conhecimentos relativamente ao autocuidado aos pés das pessoas envolvidas no projeto.

A população-alvo deste projeto de intervenção comunitária foram as pessoas com diabetes tipo 2 seguidas regularmente na consulta de enfermagem de diabetes desta

UCSP. Tendo em conta que a população com diabetes desta consulta é numerosa, optamos por uma amostra intencional, constituída por indivíduos que corresponderam a critérios de inclusão e exclusão precisos.

O instrumento de recolha de dados utilizado na fase de diagnóstico de situação e de avaliação após programa de educação para saúde foi um questionário já testado e utilizado numa amostra populacional com as mesmas características. Após a definição do diagnóstico da situação, onde se identificou défices de autocuidado aos pés, relacionado com a prática de autocuidados e com os obstáculos nos cuidados aos pés e défice de conhecimento, sobre informação percecionada para realizar autocuidados aos pés, foram delineadas estratégias de intervenção específicas e planeadas intervenções de promoção de literacia e capacitação em saúde para as pessoas com diabetes tipo 2 com intenção de prevenir o aparecimento de complicações da doença.

Consideramos que este projeto está enquadrado nos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem centrados no cliente: “A promoção da saúde na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. São elementos importantes face à promoção da saúde, a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade, a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001,p.14).

Este projeto foi desenvolvido durante o período de estágio final, o qual foi um momento pedagógico importante para a aquisição de competências práticas especializadas na área de enfermagem comunitária, e aplicados os conhecimentos teórico-práticos adquiridos. Assim a apresentação deste relatório pretende descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas ao longo deste estágio da especialidade de enfermagem comunitária e de saúde pública, tendo em conta as competências específicas desta especialidade definidas pela Ordem dos Enfermeiros:

- “a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
 - b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
 - c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
 - d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”
- (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro, Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8667).

Neste relatório irá ser realizado numa primeira fase um enquadramento teórico sobre a diabetes desde o diagnóstico à prevalência, contextualizando-a como um problema de saúde pública, não esquecendo a abordagem das complicações tardias desta pandemia. Nesta fase irá ser focada a importância da educação para saúde como ferramenta na literacia em saúde. O modelo norteador da seleção de estratégias deste projeto é a teoria do défice do autocuidado em enfermagem, Dorothea Orem, fundamentado na premissa de que os utentes podem ser educados relativamente ao autocuidado, considerando também que esta teórica defende que o estado de saúde dos indivíduos, vai resultar dos conhecimentos e competências que adquirirem para manter a vida e o bem-estar.

De seguida, serão apresentadas uma breve caracterização do local de estágio e descrição do projeto de intervenção comunitária, com as respetivas etapas do seu desenvolvimento. Como metodologia, neste projeto foi usado o Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990), nas suas várias etapas: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, definição de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e monitorização/avaliação. Por último, é feita uma reflexão crítica sobre o estágio e as competências adquiridas, ao longo desta formação académica a nível teórico e prático, enquanto Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Na elaboração deste trabalho teve-se em consideração as Normas de Elaboração de Trabalhos Académicos do Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde, cumprindo as regras do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e a norma de referência *American Psychological Association* (APA) - 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido de contextualizar a temática em causa e de assegurar uma intervenção de enfermagem, com base nos conhecimentos e evidências mais atuais, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre diabetes e possíveis complicações com especial enfoque nos problemas do pé.

1.1. Diabetes

A diabetes é uma doença pandémica que cresce a um ritmo estimado de nove milhões de novos casos por ano e cujas complicações tem consequências desastrosas na qualidade de vida dos seus portadores (*International Working Group on the Diabetic Foot*, 2015). Em 2040, 1 em cada 10 adultos (642 milhões), terá diabetes (*World Health Organization*, 2016).

De acordo com a norma da Direção Geral da Saúde (DGS) de 2011, o diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:

- “Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); ou
- Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l);
- Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; ou
- Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$ ” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p.1).

A hemoglobina glicada A1c é determinada, por rotina, em todas as pessoas com diabetes Mellitus, para avaliar o grau de controlo glicémico. Esta análise deve ser realizada pelo menos, semestralmente em todas as pessoas com diabetes. Pode ser realizada, com maior frequência, com intervalo mínimo de 3 meses, em indivíduos cujo tratamento mudou recentemente ou que não alcançaram os objetivos terapêuticos preconizados. Um valor de hemoglobina glicosilada $>8\%$ é considerado um indicador de controlo metabólico inadequado, induzindo a uma maior probabilidade de ocorrência de complicações. Recorre-se, cada vez mais à HbA1c, como instrumento de monitorização

em programas de avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde na área da Diabetes (Direção Geral da Saúde, 2012).

Os objetivos glicémicos de controlo metabólico, propostos devem ser individualizados para cada pessoa, tendo em conta a idade e as comorbilidades associadas. De acordo com as diretrizes e recomendações da Associação Americana de Diabetes (ADA), da Sociedade Portuguesa de Diabetes (SPD) (Duarte, Melo, & Nunes, 2015) e da *International Diabetes Federation* (IDF), considera-se os seguintes resultados glicémicos (*American Diabetes Association*, 2017):

Tabela 1- Valores de glicémia de referência

GLICEMIA	IDF	SPD/ADA
Jejum/Pré-Prandial (mg/dl)	<115	80 - 130
Pós-Prandial (mg/dl)	<160	<180
HbA1c (%)	<7,0%	<7,0%

Fonte: elaborado pela mestranda

A Hiperglicemia Intermédia, também conhecida como prediabetes é uma condição em que os indivíduos apresentam níveis de glicose no sangue superiores ao normal, não sendo, contudo, suficientemente elevados para serem classificados como diabetes. As pessoas com Hiperglicemia Intermédia podem ter Anomalia da Glicémia em Jejum (AGJ), ou Tolerância Diminuída à Glicose (TDG), ou ambas as condições simultaneamente. Estas condições são atualmente reconhecidas como fator de risco vascular e um aumento de risco para a diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

De acordo com a DGS, o diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- “a) Anomalia da Glicémia de Jejum (AGJ): glicémia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l);
- b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicémia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l)” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p.1).

A classificação da diabetes baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, tendo como proposta da ADA, quatro classes clínicas identificadas: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de diabetes e Diabetes Gestacional (DG). A diabetes tipo 1, é a mais comum nos indivíduos com idade inferior a 20 anos e é causada pela destruição autoimune das células β e consequentemente ausência de insulina; a diabetes tipo 2 desenvolve-se geralmente em adultos e está associada a insulinoresistência. Todos os outros tipos de diabetes ocorrem por causas monogénicas e secundárias a fármacos e/ou infeção, que alteram a função das células β ou a sensibilidade à insulina, causando hiperglicemia. Estes incluem diabetes gestacional e MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*). Considera-se ainda duas categorias, denominadas de pré diabetes, que são a glicémia alterada em jejum e a tolerância diminuída à glicose, sendo por si só, consideradas fatores de risco para o possível diagnóstico da diabetes Mellitus (ADA, 2013).

No entanto, a DM2 é a aquela que tem maior representatividade a nível mundial (cerca de 90%), e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina estando ambos presentes quando a hiperglicemia se manifesta. Desenvolve-se de forma gradual nos adultos e em geral, os doentes descrevem antecedentes familiares da doença. Também está associada a fatores ambientais, tais como a obesidade, o sedentarismo e uma dieta rica em hidratos de carbono. A obesidade tem um papel importante na sensibilidade dos tecidos à insulina e no desenvolvimento da insulinoresistência. Na DM 2, a utilização e o armazenamento de hidratos de carbono ficam alterados, originando hiperglicemia compensatória que depois resulta na progressiva deficiência na secreção de insulina. A maior parte das pessoas com DM 2, têm excesso de peso e geralmente são diagnosticadas após os 40 anos (ADA, 2013).

Assim, a DM 2, sendo a forma mais frequente de diabetes, resulta da existência de insulino-pénia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada à obesidade, principalmente abdominal, à hipertensão arterial e à dislipidemia (Direção-Geral da Saúde, 2011).

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica e progressiva, que pode resultar no desenvolvimento de consequências graves para a saúde e bem-estar da pessoa, sendo que o seu tratamento tem elevados custos sociais e de saúde (Direção Geral da Saúde, 2017b).

De acordo com a OMS, a sua prevalência tem vindo a aumentar, sendo atualmente reconhecida como uma pandemia do século XXI. Estima-se que, nos próximos 20 anos, atinja mais de 20% da população mundial, uma vez que a prevalência mundial da DM quase duplicou desde 1980 aumentando de 4,7% para 8,5% nos adultos (Direção Geral da Saúde, 2017a).

A *International Diabetes Federation* (IDF), diz ainda que em 2017 estimaram-se cerca de 425 milhões de pessoas com diabetes, prevendo-se que em 2045 este número aumente para 629 milhões, representando um aumento de cerca de 48%. Na Europa, a prevalência da diabetes em 2017 deverá aumentar 16%, correspondendo a 67 milhões de pessoas afetadas pela doença em 2045. Ainda de acordo com a mesma fonte, cerca de metade dos 4 milhões de mortes associadas a esta doença, ocorrem em pessoas com idade inferior a 60 anos (*World Health Organization*, 2016).

Este aumento acentuado da prevalência da diabetes é atribuído às mudanças de estilos de vida (obesidade e sedentarismo) que ocorreram nas últimas décadas, em consequência da industrialização acentuada, utilização preferencial de alimentos processados e da urbanização das populações. O aumento acentuado do número de pessoas idosas, acompanhando o aumento de esperança de vida, assim como o aumento da sobrevivência das pessoas com diabetes, contribuem igualmente para este aumento da prevalência (Nunes, 2015).

A DM constitui efetivamente um significativo problema de saúde pública em Portugal, sendo neste âmbito que irá ser aprofundado mais este problema em termos epidemiológicos, nomeadamente pela relação com os problemas de mortalidade e morbilidade, como poderemos verificar de seguida.

“Ao nível do Plano Nacional de Saúde (PNS), uma das metas preconizadas: Reduzir a mortalidade prematura ≤ 70 anos, para um valor inferior a 20% - alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012, de reduzir em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis, entre as quais a diabetes se encontra inserida” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.16).

A problemática da diabetes surge como um dos programas de saúde prioritários, que é necessário desenvolver, tendo sido neste sentido que surgiu, na década de 70, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), sendo um dos mais antigos programas nacionais de saúde pública. Em 1989 Portugal assinou a Declaração de St. Vincent, comprometendo-se a atingir os seus objetivos, ou seja, reduzir as principais complicações da diabetes: **amputações major dos membros inferiores**, cegueira, insuficiência renal terminal e doença coronária. Um dos objetivos da implementação do PNPCD, e da Declaração de St. Vincent, de que Portugal foi signatário, é a redução para metade do número de amputações dos membros inferiores nas pessoas com diabetes nos 5 anos subsequentes (Direção Geral da Saúde, 2010).

Neste contexto e ao analisar os contínuos relatórios anuais do Observatório Nacional da Diabetes (OND), pode-se concluir que Portugal falhou claramente os objetivos desta declaração, tendo os números da amputação major em doentes diabéticos estabilizado nos 700 a 800 por ano, nos últimos 10 anos. Em 2012 verificou-se um aumento em cerca de 60 casos de amputações. Em 2014, começa a verificar-se uma inflexão nesta tendência, com uma diminuição do número de amputações relativamente ao ano anterior, tal como no número de internamentos por complicações do pé, devendo-se em grande parte à implementação de novas consultas em áreas geográficas onde previamente praticamente não existiam tais como o Alentejo e o Algarve. Estes resultados pretendem ilustrar que pequenas, mas consistentes mudanças e muito empenho podem produzir bons resultados em saúde (M. de J. Dantas, 2018).

Também no sentido de investir no controlo da diabetes enquanto problema importante de saúde pública, foram definidas as seguintes metas de saúde a 2020 que constam do Programa Nacional para a Diabetes:

- “Diminuir o desenvolvimento de diabetes em 30.000 utentes de risco identificados através da avaliação do cálculo de risco de desenvolver a doença;
- Aumentar em 30.000 o número de novos diagnósticos de diabetes através do diagnóstico precoce em utentes;
- Diminuir a mortalidade prematura por diabetes ≤ 70 anos em Portugal em 5% até 2020.” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.16).

No último relatório do PND de 2017, que faz um ponto da situação sobre a diabetes em Portugal e sobre o que se está a fazer para prevenir e controlar a doença, evidenciam-se os seguintes dados epidemiológicos:

- “A prevalência estimada da diabetes em Portugal em 2015, na população entre os 20 e 79 anos de idade, foi de 13,3%, sendo que 44% da população ainda não estaria diagnosticada;
- A prevalência da DM em idades entre os 25-74 anos é de 9,8% (superior à média europeia de 9,1%), sendo mais elevada nos homens (12,1%), do que nas mulheres (7,7%)” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.5).

Ainda sobre a prevalência da DM em Portugal, de acordo com o Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), foi estimado que em 2015, Portugal teve uma taxa de prevalência de diabetes de 9,9% em adultos, valor que se encontra acima da média da OCDE, que se situa nos 7%. Ainda com referência aos dados que constam no relatório do PND de 2017, a prevalência mais elevada, como era expectável, regista-se nas faixas etárias mais envelhecidas, entre os 65-74 anos com uma prevalência de 23,8% (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.5)

No que concerne à incidência, registou-se um aumento acentuado do nº de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal, apenas superior nos anos de 2010 e 2011 (623 e 651 respetivamente), com a identificação de 591,5 novos casos por 1000000 habitantes, em 2015 (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.11).

A Hiperglicemia Intermédia (Alteração da Glicémia em Jejum-AGJ, Tolerância Diminuída à Glucose-TDG, ou ambas) em Portugal, em 2015, atingiu 27,4% da

população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, o que nos permite concluir que 40,7% da população portuguesa (20-79 anos) tem Diabetes ou Hiperglicemia Intermédia, ou seja, o correspondente a 3,1 milhões de portugueses (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016, p.11).

É de referir que as principais conclusões destacadas no Programa Nacional da Diabetes de 2017, foram que: “A Diabetes é uma doença crónica e é muito comum em Portugal. Pode levar à morte antes dos 70 anos e a incapacidades se não for bem tratada; prevenir, diagnosticar e tratar a tempo é muito importante” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.4).

A mortalidade por diabetes, no geral, tem vindo a diminuir, sendo o ano de 2015, o que apresentou uma taxa de mortalidade padronizada mais baixa (19,4%). O número médio de anos potenciais de vida perdidos por diabetes em 2015, foi de 8,2 anos, no sexo masculino e de 8,0 anos, no sexo feminino, embora na última década se tenha verificado uma redução significativa (-32%), do número médio de anos de vida perdidos por diabetes Mellitus em Portugal. A diabetes tem um contributo significativo nas causas de morte em Portugal, sendo responsável por mais de 4% das mortes nas mulheres e mais de 3% de mortes nos homens, ou seja, atualmente, por ano, morrem cerca de 2200 a 2500 mulheres e cerca de 1600 a 1900 homens, por Diabetes (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.6).

1.1.1. Complicações da diabetes

Em praticamente todos os países desenvolvidos, a Diabetes é a principal causa de cegueira, insuficiência renal e amputação dos membros inferiores, constituindo atualmente, uma das principais causas de morte, principalmente por implicar um risco significativamente aumentado de doença coronária e de acidente vascular cerebral. As pessoas com diabetes têm um risco acrescido de Doença Cardiovascular (DCV), cerca do dobro da população não diabética. Esse risco aumenta exponencialmente depois de uma pessoa com diabetes ter um evento cardiovascular, como um enfarte do miocárdio (EAM) ou um acidente vascular cerebral (AVC). Neste caso, o risco passa a ser quatro vezes

superior para um doente com história prévia de um destes eventos e chega a quase sete vezes mais quando os dois se associam no decurso da doença (Matos, 2006).

Uma glicémia persistentemente elevada, mesmo quando não estão presentes os sintomas para alertar o indivíduo para a presença de Diabetes ou para a sua descompensação, resulta em lesões nos tecidos. Os sintomas da diabetes podem estar associados a hiperglicemia e complicações da doença. Em alguns casos, a apresentação é aguda, enquanto noutros pode passar despercebida devido ao estadio subclínica da diabetes tipo 2. Os sintomas típicos incluem letargia, poliúria, polidipsia e infeções frequentes. Na diabetes grave não tratada, a dificuldade na utilização de glucose como fonte de energia provoca a utilização aumentada de proteínas e lípidos originando rápida perda ponderal e astenia, apesar da presença de polifagia (Lépori, 2015a).

Assim no que diz respeito às complicações tardias, a diabetes pode provocar complicações crónicas em vários órgãos, que podem ou não ser vasculares, afetam múltiplos órgãos e sistemas. As complicações vasculares classificam-se como microvasculares e macro vasculares. As complicações macro vasculares incluem doenças cardiovasculares tais como a doença arterial coronária, a doença arterial periférica e os acidentes vasculares cerebrais. As complicações microvasculares incluem retinopatia, nefropatia e neuropatia. Por outro lado, as complicações não vasculares da diabetes incluem gastro paresia, alterações dermatológicas e uma maior predisposição para infeções cutâneas, tuberculose, pneumonia e pielonefrite. Na pessoa com diabetes uma infeção aparentemente ligeira pode ter consequências graves (Lépori, 2015a).

Relativamente à Doença Renal Crónica (DRC) a diabetes pode conduzir à insuficiência renal crónica que num estadio avançado pode levar à necessidade de substituição da função renal (diálise ou transplante renal). Quer a taxa de prevalência, quer a taxa de incidência de DM nos doentes com DRC, tem vindo sempre a aumentar, sendo no ano de 2015, de 28,1% e 33,9% respetivamente (Direção Geral da Saúde, 2017b).

As complicações do Pé Diabético, se não tratadas em tempo, podem evoluir para amputações minor (parte do pé) ou major (ao nível da coxa, perna ou tornozelo). No

espaço temporal 2010-2016 verifica-se que o número de amputações dos membros inferiores tem vindo a diminuir, registando-se em 2016 o número mais baixo de amputações major e minor, com um total amputações de 1037, das quais 604 foram amputações minor e 433 amputações major (Direção Geral da Saúde, 2017b).

A frequência e gravidade dos problemas nos pés variam de região para região, em grande parte devido a diferenças nas condições socioeconómicas, tipo de calçados e padrões de cuidados com os pés. As úlceras do pé são o problema mais prevalente, com uma incidência anual de cerca de 2 a 4% nos países desenvolvidos e, provavelmente, ainda mais alta nos países em desenvolvimento. Os fatores mais importantes subjacentes ao desenvolvimento das úlceras do pé são a neuropatia sensorial periférica, as deformidades do pé relacionadas à neuropatia motora, o trauma menor do pé e a doença arterial periférica. Uma vez que a pele esteja ulcerada, é suscetível à infeção. Apenas dois terços das úlceras do pé eventualmente curam, e até 28% podem resultar em alguma forma de amputação de membros inferiores. Todos os anos, mais de 1 milhão de pessoas com diabetes perdem pelo menos uma parte da perna como consequência das complicações da diabetes. Isso se traduz na estimativa de que a cada 20 segundos um membro inferior é perdido devido à diabetes em algum lugar do mundo (Lipsky et al., 2015).

A Retinopatia Diabética (RD) é uma das principais complicações da diabetes e é uma das principais responsáveis de cegueira evitável nos adultos. O número de doentes com diabetes rastreados para a retinopatia diabética aumentou substancialmente, de 120481 rastreios efetuados em 2015, passou-se para cerca de 158115 em 2016 correspondendo a um aumento de 32%, tendo sido efetuados mais 38.045 rastreios. No ano de 2016, 5% dos casos foram positivos (diabetes ocular instalada), correspondente a 8054 casos (Direção Geral da Saúde, 2017b).

A Doença Macro Vascular (DMV), representa uma importante mortalidade e morbilidade no contexto da diabetes. O número de internamentos por AVC e EAM, embora com algumas variações, tem tido uma tendência crescente nos últimos anos, sofrendo, no entanto, um decréscimo em 2016. Continua-se, contudo, a verificar que a mortalidade por EAM nas pessoas com diabetes é superior à da população não diabética

7,20% na população não diabética e 8,70% na população com diabetes (Direção Geral da Saúde, 2017b)

Dois estudos importantes, a propósito do controlo da diabetes, que são o DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) e o UKPDS (*United Kingdom Prospective Diabetes Study*), mostram a importância de um bom controlo metabólico para diminuir a probabilidade de vir a ter complicações tardias. No DCCT, ficou provado que um controlo rigoroso através de terapêutica intensiva e o contato regular com a equipa educadora em diabetes, reduzia o risco em, 70% de retinopatia diabética, 50% de nefropatia diabética e 60% de neuropatia diabética. No UKPDS, foi permitido concluir que, o controlo rigoroso da glicemia diminui significativamente as complicações tardias da diabetes, nomeadamente o risco de retinopatia diabética, assim como o controlo rigoroso da tensão arterial reduz o risco de morte por complicações associadas à diabetes. Concluindo, ambos são unânimes que as complicações tardias da diabetes são situações evitáveis com um tratamento adequado (Apdp, 2012).

Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas com a doença causam nas pessoas com Diabetes e nos seus familiares, os seus custos económicos são enormes. Estes custos incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

Referenciado por Lopes (2014), a prevenção ou o retardamento da Diabetes Mellitus de tipo 2 é atingível. No caso de pessoas geneticamente vulneráveis ou com alto risco, a aliança entre a perda de peso moderada, o aumento da atividade física e recomendações alimentares podem levar a uma redução de 60% na incidência de Diabetes Mellitus. Isto é, as intervenções de promoção da saúde e adoção de estilos de vida saudáveis podem amenizar o impacto das desigualdades sociais no desenvolvimento da doença (Lopes, 2014).

Assim sendo, o grande desafio, para além da mudança de atitude e comportamentos, é a criação de programas públicos direcionados não só para a prevenção da DM, como

também para as suas complicações e consequências, desenvolvendo e avaliando formas de abordar os fatores subjacentes que tornam os indivíduos vulneráveis (Lopes, 2014).

No âmbito da prevenção primária, a promoção de estilos de vida saudáveis, assim como de atividade física, constitui as bases de uma eficaz prevenção, sendo neste contexto, a prevenção e o diagnóstico precoce as grandes prioridades do Programa Nacional da Diabetes. Ao falarmos de diagnóstico precoce, este não inclui apenas os casos de diabetes por diagnosticar (estima-se que em Portugal 44% das pessoas com diabetes estejam por diagnosticar), mas também o diagnóstico precoce das complicações crónicas da diabetes (Direção Geral da Saúde, 2017b).

A manutenção dos níveis de glicémia o mais próximo possível dos valores normais, tem provado possuir um impacto positivo nas complicações microvasculares da diabetes, o que exige um autocontrolo adequado, que implica a educação terapêutica da pessoa com diabetes (Correia, 2015).

1.1.2. As complicações com os pés

As lesões do pé diabético são uma causa significativa de morbilidade e representam a principal causa de hospitalização em doentes diabéticos. De todas as complicações desta doença, as perturbações do pé são provavelmente as mais preveníveis. O pé diabético define-se como o pé do doente diabético com ulceração, infeção ou destruição dos tecidos profundos, em associação com alterações neurológicas e vários graus de doença vascular periférica. O pé diabético pode originar três grandes complicações: úlceras do pé, infeções do pé e Pé de Charcot. As úlceras são geralmente secundárias a traumatismos mínimos. Inicialmente superficiais, se não forem adequadamente diagnosticadas e tratadas, estas lesões poderão afetar os tecidos subjacentes e causar perturbações como a celulite, abscessos e osteomielite. Em casos graves, pode ocorrer gangrena, que poderá mesmo levar à amputação do pé (Khanolkar, Bain, & Stephens, 2008).

Nas pessoas com Diabetes a combinação de complicações tardias da diabetes-neuropatia periférica, arteriopatia e suscetibilidade às infeções- predispõe para o aparecimento de lesões nos pés, por vezes graves, podendo terminar eventualmente em amputações (Apdp, 2012).

O doente amputado major não só tem uma pior qualidade de vida como também tem uma expectativa de sobrevida, aos cinco anos, muito reduzida. Todavia, existem dois factos bastante relevantes: cerca de 85% dos casos a amputação é precedida de uma úlcera que pode ser **prevenida** e o risco de uma úlcera poder conduzir a uma amputação pode ser reduzido com um tratamento adequado (Lipsky et al., 2015).

Epidemiologistas reportam que 20-25% das admissões hospitalares em utentes com DM ocorre por complicações do Pé Diabético. Esta proporção considerável poderá ser explicada pelo facto de os indivíduos com DM terem um risco de amputação 15 a 46 vezes superior aos indivíduos sem DM. O risco de uma nova amputação varia entre 9 a 17% ao fim de 1 ano e entre 25 a 68% ao fim de 3 a 5 anos. E após 5 anos da ocorrência da amputação a taxa de sobrevivência decresce 41 a 70% (Lipsky et al., 2015).

Considerando que o “pé diabético é uma das complicações da diabetes responsável por elevados graus de incapacidade condicionando perda de qualidade de vida das pessoas, é essencial fazer uma avaliação regular do risco no sentido da prevenção de intervenções futuras. Assim no ano de 2016 foram realizadas nos CSP, 786.703 avaliações de risco do pé diabético a utentes com diabetes. É importante referir que dados provisórios do primeiro semestre de 2017 apontam para a realização de 471.871 avaliações de risco do pé diabético, o que reforça a aposta na prevenção” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.14).

A DGS, por sua vez, também defende que o rastreio sistemático do pé diabético leva à diminuição do número de amputações dos membros inferiores, obtendo-se evidentes ganhos de saúde e qualidade de vida De acordo com a norma da DGS- nº 005/2011, todas as pessoas com diabetes devem ser avaliadas anualmente com o objetivo de serem identificados fatores de risco condicionantes de lesões dos pés (Direção Geral de Saúde, 2011).

O exame clínico dos pés das pessoas com diabetes determina a sua classificação e o seu correto registo no processo clínico, numa das seguintes categorias de risco de ulceração: baixo risco; médio risco; alto risco. Assim no exame do pé das pessoas com diabetes deve ser feita a identificação de fatores de risco condicionantes de lesões dos pés, a identificação de sinais de neuropatia e/ou isquemia e a inspeção de calçado e meias. O exame do pé das pessoas com diabetes obriga à seguinte estratificação do seu risco de ulceração: baixo risco (ausência de fatores de risco), que mantém vigilância anual pela equipa do pé diabético de nível I, médio risco (presença de neuropatia), que mantém vigilância semestral pela equipa do pé diabético de nível I ou eventualmente de nível II; alto risco (existência de isquemia ou neuropatia com deformidades do pé ou história de úlcera cicatrizada ou amputação prévia), que mantém vigilância cada 1 a 3 meses, pela equipa do pé diabético de nível II ou eventualmente de nível III (Direção Geral de Saúde, 2011).

É fundamental saber caraterizar o tipo de lesões identificadas, nas consultas de vigilância, de modo agir em conformidade.

A **neuropatia diabética** é das complicações mais frequentes da diabetes e é o principal fator de risco para a úlcera do pé. É definida com a presença com a presença de sintomas e sinais de disfunção dos nervos autonómicos, sensitivos e motores e a sua lesão, traduz-se em:

- Lesões dos nervos autonómicos que condicionam: alterações circulatórias, vasomotoras, perda da capacidade vasoconstritora dos capilares, perfusão sanguínea de alta velocidade, edemas, secura da pele, favorecendo o aparecimento de zonas de pele espessa, seca e quebradiça que facilmente estala levando ao aparecimento de gretas e fissuras;
- Alterações dos nervos sensitivos que são responsáveis pela perda da sensibilidade táctil, postural, algica, ou seja, alterações da sensibilidade ao toque, diminuição ou ausência da noção da posição e perda da sensação de dor;
- O défice dos nervos motores que leva a desequilíbrio entre os músculos extensores e flexores do pé, originando deformações posturais, com criação de novos pontos de apoio, zonas habitualmente submetidas a pressões muito elevadas.

O **diagnóstico** da neuropatia, é essencialmente o resultado da observação. Na sua forma pura, o pé neuropático apresenta:

- Pés quentes, pele seca, veias dilatadas;
- Insensibilidade à pressão;
- Diminuição de reflexos;
- Zonas de pele espessa, endurecida e seca;
- Pulsos dos pés são palpáveis.

A neuropatia confirma-se pela presença de dois dos seguintes critérios:

- Sinais funcionais: dores, câibras ou parestesias noturnas - formigueiros, sensação de queimadura;
- Hipoestesia: diminuição da sensibilidade ao tato, à temperatura, à dor ou à vibração;
- Sinais motores: fraqueza muscular, ausência de reflexos (Apdp, 2010).

A **doença vascular periférica** (arteriopatia) dos membros inferiores nas pessoas com diabetes é a mais frequente, de aparecimento mais precoce, de localização mais difusa e mais distal que nas pessoas sem diabetes. A evolução é mais grave, muitas vezes indolor, sem claudicação intermitente, que é a manifestação habitual quando a sensibilidade à dor está conservada. Os fatores de risco para as doenças vasculares (tabaco, hipertensão arterial (HTA), dislipidemia), têm aqui uma importância fundamental, uma vez que coexistem com um dos mais importantes, que é a diabetes.

A doença vascular periférica, resulta de uma deficiência na irrigação/oxigenação com risco de isquemia e gangrena e tem um valor determinante no prognóstico das lesões. **O seu diagnóstico** baseia-se no interrogatório, na inspeção do pé, na palpação dos pulsos, na procura de sopros arteriais. Na sua forma pura, o pé isquémico apresenta:

- Dor desencadeada pela marcha;
- Pele fria, pálida com a elevação, azulada com o declive;
- Pé magro;

- Unhas finas;
- Pulsos dos pés pouco amplos;
- Lentidão do tempo de preenchimento capilar;
- Reflexos e sensibilidade normais (Apdp, 2010).

Até 25% dos pacientes com DM, desenvolverão úlceras do pé diabético. As pessoas com diabetes e com úlcera do pé têm um risco aumentado de amputação e aumento da taxa de mortalidade. O pé diabético de alto risco pode ser identificado com uma triagem simplificada, e as úlceras do pé subsequentes podem ser prevenidas. O reconhecimento precoce do pé de alto risco e o tratamento oportuno salvará os membros inferiores e consequentemente a qualidade de vida das pessoas. A doença arterial periférica, a neuropatia, a deformidade, a amputação prévia e a infeção são os principais fatores que contribuem para o desenvolvimento de úlceras do pé diabético. O reconhecimento precoce do pé de alto risco é imperativo para diminuir as taxas de mortalidade e morbilidade (Lipsky et al., 2015).

No Pé Diabético, a **infeção** pode ser superficial, apenas das camadas mais superficiais da pele, mas o seu risco está ligado à possibilidade de uma extensão em profundidade que pode ameaçar as partes moles, bainhas tendinosas e principalmente, as estruturas ósseas. A infeção nas pessoas com diabetes é, habitualmente, polimicrobiana, ou seja, causada em simultâneo por vários agentes infecciosos e de difusão rápida. É favorecida pelo desequilíbrio metabólico glicémico, para o qual também contribui o aumento da glicemia, que por sua vez favorece a reprodução dos microrganismos patogénicos, prejudicando a resposta das defesas do organismo e ao mesmo tempo, a infeção dificulta o controlo da glicemia (Lipsky et al., 2015).

A **observação dos pés** deve ser sistemática, em cada consulta e uma vez identificados pelo nível de risco, as pessoas com diabetes, devem beneficiar de uma educação e vigilância destinadas a prevenir o aparecimento de lesões (Apdp, 2012).

1.2. Educação Terapêutica e Podológica das Pessoas com Diabetes

A educação da pessoa com diabetes caracteriza-se por uma transferência de responsabilidades para o doente numa perspetiva de o tornar mais autónomo e parceiro da equipa de saúde no tratamento e vigilância. A pessoa com diabetes deve ter uma formação adequada para gerir a sua diabetes tornando-a capaz de assumir atitudes terapêuticas responsáveis, devendo conhecer os limites da sua capacidade e o momento em que tem de recorrer à equipa de saúde. A diabetes é uma doença em larga expansão, não sendo possível nem apropriado transferir toda a responsabilidade dos cuidados de saúde para os profissionais de saúde (Apdp, 2012).

Viver com a diabetes ultrapassa, largamente, o quadro da doença e do seu tratamento farmacológico, sendo a educação terapêutica fundamental no tratamento da pessoa com diabetes. Esta, efetuada de forma estruturada permite melhorias significativas no controlo metabólico, nomeadamente o valor médio das glicémias, mas principalmente, da adaptação à nova situação de doença, no que diz respeito à sua qualidade de vida e da capacidade para ser ele próprio o primeiro gestor da sua doença (Direcção-Geral da Saúde, 2000b).

Assim, de acordo com a mesma fonte, entende-se como educação terapêutica “o processo educativo preparado, desencadeado e efetuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações”. Tem como objetivo, “manter, o mais possível, a qualidade de vida do doente diabético e proporcionar um efeito terapêutico adicional às outras intervenções terapêuticas, sejam elas farmacológicas ou não” (Direcção-Geral da Saúde, 2000, p.2).

A educação para a saúde com vista a promover a autogestão da doença, deve ser, perante o exposto, realizada por uma equipa multidisciplinar e diferenciada, garantindo cuidados de qualidade que vão ao encontro das necessidades dos doentes (Lopes, 2014).

Esta área de atuação é reconhecida como parte essencial do tratamento da pessoa com diabetes, possibilitando o acesso a ferramentas para o desenvolvimento de habilidades em

relação ao autocuidado, com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento para gerir a doença (Alves das Chagas et al., 2013).

É ainda um processo por etapas, que compreende um conjunto de atividades organizadas de sensibilização, formação, informação, apoio psicológico e social, e que se destina a ajudar a pessoa com diabetes e a família a compreender a doença e os tratamentos, a colaborar nos cuidados, a responsabilizar-se pelo seu estado de saúde, favorecendo a sua autonomia (Serrabulho, Matos, Nabais, & Raposo, 2015).

A educação terapêutica na diabetes é um processo permanente, gradual, contínuo, interativo e adequado, considerando as características do educando, nas mais diversas situações e ambientes, através de estratégias de atendimento individual e/ou em grupo. É este processo, que se encontra intimamente ligado ao conceito de literacia, que vai possibilitar a construção de conhecimentos favoráveis ao autocuidado, promovendo a autonomia, na perspetiva de alcançar um bom controlo metabólico e consequentemente uma vida mais saudável, com melhoria dos indicadores de saúde (Alves das Chagas et al., 2013).

Os enfermeiros, nas consultas de enfermagem devem identificar oportunidades para corrigir estilos de vida menos saudáveis, como hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo, e promover as boas práticas no tratamento da DM. A autogestão da doença que passa por ter dieta saudável, praticar atividade física, fazer a avaliação da glicémia capilar e tomar de forma correta a medicação, são fatores fundamentais para o sucesso do tratamento da diabetes. Contudo, para que a pessoa consiga fazer uma autogestão adequada é fundamental que possua um bom nível de conhecimento sobre a doença. Isto porque as pessoas devem ser capazes de compreender a sua condição, saber como controlá-la e ser capazes de interagir com os profissionais de saúde. No entanto, as pessoas nem sempre são capazes de o fazer na Europa, 10% dos adultos têm uma alfabetização inadequada em saúde e 35% têm conhecimento limitado, podendo isso ser fortalecido por ações de educação para a saúde, dirigidos a pessoa com diabetes (European Diabetes Literacy, 2015).

Para além da otimização do controlo glicémico, a educação das pessoas com diabetes, acerca dos cuidados a ter como os pés e a inspeção periódica dos mesmos, são os fatores mais importantes na prevenção do pé diabético (Lipsky et al., 2015).

O Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (IWGDF) foi fundado em 1996 e é constituído por profissionais de saúde de quase todas as especialidades envolvidas no atendimento a pessoas com diabetes e com problemas nos pés e visa prevenir, ou pelo menos reduzir, os efeitos adversos dos problemas nos pés na diabetes, em parte desenvolvendo e atualizando continuamente os documentos de orientação internacional para uso por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado dos pés diabéticos. Em 1999, o IWGDF publicou a sua primeira versão do “Consenso Internacional sobre o Pé Diabético” e as “Diretrizes Práticas sobre o Manejo e a Prevenção do Pé Diabético”. Este grupo de trabalho defende cuidados essenciais aos pés, que devem ser considerados de forma generalizada de boa prática e que se traduzem na observação e cuidados de higiene diários:

- A observação deve incluir a planta dos pés e espaços interdigitais;
- No caso da pessoa com Diabetes, não conseguir inspecionar os pés, tal deverá ser feito por outra pessoa e no caso de diminuição da acuidade visual, não deverá ser o próprio a tratar os pés;
- Lavagem diária dos pés, sendo que a temperatura da água deve ser inferior a 37° C, devendo ser cuidadosamente secos, especialmente entre os dedos e na lavagem diária é aconselhável evitar imersões prolongadas;
- Não usar aquecedor ou saco de água quente, para aquecer os pés;
- Evitar andar descalço, tanto dentro como fora de casa, assim como não utilizar calçado sem meias;
- Inspecionar e palpar diariamente o interior dos sapatos;
- Mudar diariamente as meias e não usar sapatos apertados ou sapatos com o bordo duro e costuras ásperas, devendo escolher sapatos confortáveis e em material maleável;

- Aplicar diariamente um creme hidratante, desde a raiz dos dedos até aos joelhos, não colocando creme nos espaços interdigitais, para evitar a criação de meio húmido;
- Limar as unhas, uma a duas vezes por semana, desbastadas por cima e nas extremidades sem arredondar os cantos. O corte deve ser sempre a direito, evitando o corte nos cantos;
- Na presença de calosidades, o ideal é desbastar e nunca cortar com objetos cortantes ou produtos químicos, para evitar a formação de feridas, devendo optar pelos cuidados prestados por profissionais habilitados, tais como pedólogos;
- A pessoa com Diabetes deve ser instruída que deve informar o profissional de saúde, enfermeiro ou médico, no caso de surgir uma bolha, fissura ou dor (Schaper, Netten, Apelqvist, Lipsky, & Bakker, 2016).

É importante antes de mais, saber identificar as principais causas que potenciam o aparecimento de lesões a nível dos pés, dentro das quais se destacam: o calçado mal adaptado, as hiperqueratoses, as micoses interdigitais e onicomicose, e a alteração da sensibilidade que impossibilita o conhecimento atempado de possíveis corpos estranhos no calçado, assim como o cuidado a considerar nestes casos, em relação ao aquecimento dos pés que deve ser realizado com meias quentes e evitar outras fontes de calor como os sacos de água quente, aquecedores e lareiras, que potenciam o aparecimento de lesões (Apdp, 2012).

A informação deve ser dada por pequenas etapas, muitas vezes repetida mesmo nos pormenores que parecem triviais e sempre pela positiva, com adaptação ao grau cultural da pessoa com Diabetes, com quem interagimos. Para além dos conselhos sobre o cuidado a ter com as agressões externas, tais como, mecânicas, térmicas e químicas, é necessário estimular para a necessidade de observação imediata quando surge qualquer lesão e alertar para não continuar a caminhar sobre um pé que está magoado. A rigidez articular relacionada com a idade, não permite observar diretamente os pés e a visão afetada também pela doença, pode estar diminuída. Por isso, é igualmente importante, instruir a usar um espelho onde inspecionará a imagem da região plantar do pé. Também é muito

importante a inspeção pelo tato de irregularidades no interior do sapato, que o pé insensível não deteta (Serra, 2008).

A educação, concebida de forma estruturada e organizada, desempenha um importante papel na prevenção. O objetivo consiste em aumentar a motivação e as aptidões, e transmitir conhecimentos, de modo que a pessoa com Diabetes saiba reconhecer os potenciais problemas dos pés e que medidas deve tomar (Schaper et al., 2016).

1.3. Literacia em Saúde e Capacitação para o Autocuidado

Literacia em saúde, segundo o Despacho nº 3618-A/2016 é definida como “a capacidade para tomar decisões informadas sobre a saúde, na vida de todos os dias, e também naquilo que diz respeito ao desenvolvimento do Sistema de Saúde, na medida em que contém elementos essenciais do processo educativo e proporciona capacidades indispensáveis para o autocuidado” (Ministério da Saúde. Despacho n.º 3618-A/2016, Diário da República, 2016, p.8660).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de forma a promover e a conservar a sua saúde e capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do quotidiano - em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político. Assim, a literacia em saúde, possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo J, n.d.).

Deste modo, as capacidades em literacia em saúde incluem:

- “Competências básicas em saúde que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o autocuidado;
- Competências do doente, para se orientar no sistema de saúde e agir como um parceiro ativo dos profissionais;

- Competências como consumidor, para tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
- Competências como cidadão, através de comportamentos informados como o conhecimento dos seus direitos em saúde, participação no debate de assuntos de saúde e pertença a organizações de saúde e de doentes” (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo J, n.d.).

Também em Portugal a promoção da literacia em saúde dos cidadãos tem sido, nas últimas décadas, identificada como o caminho para a melhoria dos cuidados de saúde e assumida como uma preocupação na definição de políticas de saúde, contemplada inclusivamente no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016.

Maior literacia em saúde terá como resultados, além do aumento do conhecimento em saúde, a redução dos custos dos cuidados e a utilização menos frequente dos serviços de saúde, consequência da aquisição de novos conhecimentos, atitudes mais positivas, maior autoeficácia e de comportamentos de saúde positivos (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016).

Pensar de forma autónoma exige-se como uma dimensão indispensável de aprendizagem para adaptação à mudança, sendo também essencial ao exercício de uma cidadania plena em democracia. Torna-se fundamental capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços (Direção Geral da Saúde, 2017a).

A Organização Mundial da Saúde (2003) recomenda a educação para o autocuidado como forma de prevenir e tratar doenças crónicas, uma vez que propicia o envolvimento da pessoa na gestão do seu tratamento, levando a uma maior adesão ao regime terapêutico, minimizando deste modo as complicações e incapacidades associadas aos problemas crónicos (Villas-Boas, Claudia, Coelho, & Pace, 2013).

A existência de doenças crónicas e a necessidade do seu controlo, de forma a evitar complicações resultantes dessas mesmas patologias, origina uma necessidade constante de adaptação. Sendo a diabetes uma doença de difícil controlo, devido à necessidade de alterações nos estilos de vida e mudança de comportamentos, o tratamento deverá centrar-se na pessoa, na aquisição de conhecimentos e na capacitação para o autocuidado (Guerra, 2012).

O autocuidado pode ser definido como a prática de atividades que as pessoas realizam em seu próprio benefício, na manutenção da vida, saúde e bem-estar e o desenvolvimento dessa prática está diretamente relacionado às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa (Orem, 2001).

A capacitação dos indivíduos para o autocuidado corresponde, deste modo à primeira linha de investimento com vista a uma autogestão eficaz da saúde. A enfermagem comunitária tem neste domínio um papel preponderante na definição de estratégias que promovam o maior nível de saúde das comunidades e maior adequação dos recursos e do acesso aos serviços da comunidade em geral, incluindo os de saúde (Guerra, 2012).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública é o elemento que contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades, liderando, integrando e avaliando os processos comunitários, com vista à consecução dos projetos de saúde desses mesmos grupos/comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Contextualizando, este projeto de intervenção pretende contribuir para aumentar a capacitação das pessoas com diabetes tipo 2, na vigilância e nos autocuidados aos pés, tendo como enfoque a prevenção de lesões nos pés. Assim, consideramos como referencial teórico, a Teoria de Dorothea Orem do Défice de Autocuidado, como estratégia teórica de suporte para este projeto de intervenção.

1.4. Modelo Teórico de Dorothea Orem- A Teoria do Défice de Autocuidado

A teoria é uma estrutura de ideias criativas e rigorosas que buscam uma solução e uma visão sistemática dos fenómenos. A enfermagem tem procurado entender esses fenómenos, utilizando maior competência, responsabilidade e autonomia de julgamento e decisões que garantam a qualidade da assistência de enfermagem com finalidade de conferir maior eficiência à prática (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Orem, na Teoria do Défice de Autocuidado, descreve e explica por que razão as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e defende que todos os indivíduos possuem capacidade de se auto cuidarem. Esta teoria é composta de três teorias relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e a Teoria dos Sistema de Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Na **Teoria do Autocuidado**, Orem defende que, o autocuidado é uma função humana reguladora que os indivíduos têm, pelo que o estado de saúde vai resultar dos conhecimentos e competências que os indivíduos vão adquirir para manter a vida e o bem estar, ou seja, descreve como e porquê as pessoas cuidam de si próprias e formula três categorias de requisitos universais de:

- Autocuidado que sendo comuns a todos os indivíduos, auxiliam o seu funcionamento e estão associados com os processos da vida e manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano;
- Desenvolvimento, que estão relacionados com as diferentes etapas do ciclo vital e ocorre quando há necessidade de adaptação a mudanças;
- Desvio de saúde que ocorre quando o indivíduo doente tem de se adaptar à sua nova condição e é tido em conta os fatores condicionantes internos e externos (Tomey & Alligood, 2004).

Também na **Teoria do Défice de Autocuidado**, Orem clarifica que o défice está relacionado com a diferença existente entre aquilo que cada individuo desenvolve e o que deveria desenvolver, para conseguir manter o estado de saúde e bem-estar, ou seja esta teoria exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas

necessidades de cuidados, fornecendo orientações para a seleção de métodos de auxílio e compreensão do papel do doente no autocuidado. Esta teoria, constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem, pois possibilita apontar a necessidade de enfermagem. A enfermeira é uma profissional treinada e experiente que pode proporcionar cuidados de enfermagem para pessoas que necessitem de cuidados especiais beneficiando-as (Tomey & Alligood, 2004).

No défice de autocuidado, Orem identifica cinco métodos de ajuda: Agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física e psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, na medida que se torne capaz de satisfazer necessidades atuais ou futuras (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Na **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, a autora sugere que a enfermagem é ação humana e que os sistemas de ação são produzidos por enfermeiros através do exercício da sua atividade de enfermagem para pessoas com limitações de autocuidado. A atividade de enfermagem inclui conceitos de ação deliberada, incluindo a intencionalidade, diagnóstico, prescrição e regulação.

Orem, identifica três tipos de sistemas de Enfermagem:

- Totalmente compensatório (fazer pelo doente) quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele;
- Parcialmente compensatório (ajudar o doente a fazer por si próprio), quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidados;
- Apoio-educação que é quando o indivíduo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e educação - ajudar o doente a aprender a fazer por si, enfatizando o importante papel da enfermeira na conceção dos cuidados de enfermagem (Queirós, Vidinha, & Filho, 2014).

O Sistema de apoio-educação, traduz a ação do enfermeiro e do doente com o mesmo sentido de ação, ou seja, ambos regulam o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado, tendo o doente a ação de executar o autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

Assim de entre os sistemas de enfermagem defendidos nesta Teoria, destaco Sistema de apoio-educação por ser aquele que se adapta ao contexto da problemática deste projeto de intervenção no qual se pretende desenvolver um processo de capacitação na área da prevenção de lesões a nível dos pés, recorrendo a sessões de educação para a saúde de modo a capacitar para comportamentos de autocuidado

Orem, nesta teoria destaca quatro principais conceitos: ser humano, saúde, sociedade e enfermagem no seu trabalho. O ser humano destaca-se de os outros seres vivos porque tem a capacidade de refletir sobre si mesmo e o ambiente que o cerca. Em relação ao conceito de saúde, tem por base a prevenção da doença incluindo promoção e a manutenção da saúde, o tratamento da doença e prevenção de complicações, ou seja, a prevenção primária, a secundária e terciária, respetivamente. No seu conceito de sociedade, destaca que atualmente se acredite que as pessoas adultas sejam responsáveis por si e pelo bem-estar de seus dependentes. No que diz respeito ao conceito de enfermagem no seu trabalho, a enfermeira é a profissional que poderá ajudar o indivíduo, promovendo interação mútua através da consulta de enfermagem, abordagem com a família envolvendo-a no tratamento, reuniões de grupos, orientando-os e levando-os a aprenderem como realizar praticas de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

O autocuidado é uma função humana reguladora que as pessoas desempenham deliberadamente por si próprias ou que alguém a execute por eles para preservar vida a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização, designamos por atividade de autocuidado (Tomey & Alligood, 2004).

A capacidade de autocuidado só é afirmada quando o indivíduo é capaz de desempenhar a atividade de autocuidado para manter, restabelecer ou melhorar a sua saúde e bem-estar (Queirós et al., 2014). As atividades de auto cuidado aliviam os

sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e rehospitalização (Hartweg & Pickens, 2016).

A teoria geral de Orem proporciona a visão do fenómeno de enfermagem permitindo que as enfermeiras juntamente com o indivíduo implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades de maneira que a relação de ajuda se expresse no diálogo aberto e promova o exercício do autocuidado (Diógenes & Pagliuca, 2003).

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAUDE

A metodologia utilizada na elaboração deste projeto foi a do planeamento em saúde que contempla várias etapas: o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional/programação e por última avaliação (Tavares, 1990).

Tavares (1990) defende que o planeamento em saúde é um processo dinâmico, que pretende definir estratégias de modo a resolver o diagnóstico de situação identificado, pretendendo que se consiga tomar decisões de uma forma racional, com clarificação do rumo a seguir, para uma ação em saúde concertada. Em 1977, o Diretor Geral da OMS considerou que este instrumento, que denominamos planeamento da saúde, oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objetivos de saúde, mas também de os traduzirem numa ação correta de desenvolvimento no domínio da saúde.

Na elaboração deste projeto foram tidos em consideração dois aspetos relevantes: por um lado o peso social da diabetes como doença crónica com elevada prevalência e incidência, e por outro, a oportunidade de proporcionar um programa educacional inovador e interativo a um grupo de pessoas com diabetes tipo 2, podendo ter, caso se justifique a sua replicação no futuro.

“Em Saúde, planear é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher as soluções ótimas entre várias alternativas” (Tavares, 1990 p,29).

Neste sentido e no prosseguimento deste trabalho, vão ser definidos objetivos que segundo Tavares, correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população alvo (por exemplo: de saúde, comportamentos, etc.) pela implementação de projetos, constitutivos dos programas que no seu conjunto formam os planos (Tavares, 1990).

No entanto, só a partir de diagnósticos é possível fixar objetivos operacionais pertinentes, exequíveis e mensuráveis, escolher as atividades e tecnologias adequadas à intervenção que nos propomos levar a efeito, calcular os recursos necessários à sua execução e prever as melhores formas de avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1. Diagnóstico de Saúde

O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar atividades e acompanhar e avaliar os resultados, correspondendo esta, à primeira etapa do processo de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993).

2.1.1. Contexto local de intervenção

De acordo com o regulamentado no Despacho n.º 10143/2009 de 16 de abril, “O Decreto -Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os agrupamentos de centros de saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde, integrados nas administrações regionais de saúde (ARS), e estabeleceu o seu regime de organização e funcionamento. De acordo com o regime estabelecido nesse diploma, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde e cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos de determinada área geográfica” (Ministério da Saúde. Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2009, p.15438).

O Agrupamento de Centros de Saúde da Arrábida (ACESA), surgiu com a Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de novembro, e está inserido na orgânica da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Instituto Público (ARSLVT, I.P.), na qual pela sua importância, no âmbito dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, tem inseridos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), nível de prestação de cuidados

de saúde primários da responsabilidade direta da Administração Regional de Saúde (ARS).

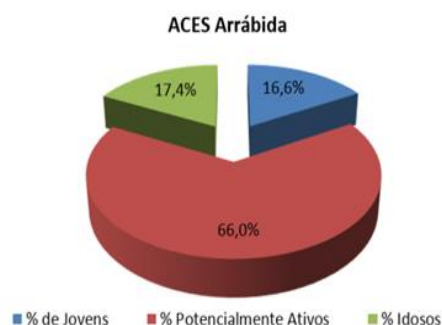
O ACESA dá cobertura no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, às populações dos concelhos de Setúbal, Palmela e Sesimbra que integram 32 unidades de saúde, a saber; dezanove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), cinco Unidades de Saúde Familiares (USF), sendo três modelo B e duas modelo A, um Centro de Diagnóstico Pneumológico (CDP), uma Unidade de Saúde Pública (USP), uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), três Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Equipa Coordenadora Local (ECL) e uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), três Serviços de Atendimento Complementar (AC), sendo um em Setúbal, outro em Palmela, e outro em Sesimbra como horário de funcionamento, sábados, domingos e feriados das 10h às 20h.

De acordo com os últimos dados divulgados pelo Instituto Nacional de Estatística, residiam no Concelho de Setúbal 121.185 habitantes, enquanto os concelhos de Palmela e Sesimbra têm, respetivamente, 62.831 e 49.500 habitantes, o que perfaz para a área de influência do ACESA, 233.516 habitantes (Censos 2011, n.d.).

Concentra-se no concelho de Setúbal cerca de 56% da população inscrita, no concelho de Palmela 25% e no concelho de Sesimbra 19%. Também segundo os dados do Serviço de informação do ACESA, as dezanove UCSP do ACESA dão resposta às necessidades em saúde a 71% dos utentes inscritos, enquanto as USF, dão resposta aos restantes 29% (Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes, 2015).

De acordo com o gráfico 1 a faixa etária com maior densidade populacional é a dos 25 aos 64 anos, sendo que esta representa 66,0% do total da população. Em seguida, a faixa etária com maior expressão é a faixa etária da população mais idosa, com 17,4%, por último, surgem os jovens e adolescentes que representam 16,6% da população do ACESA (ARS-LVT, 2015).

Gráfico 1 - População do ACES



Fonte: ARSLVT, 2015

Não sendo por si só um problema, o envelhecimento é parte natural do ciclo de vida. Contudo, com o envelhecimento também as doenças crónicas como a diabetes tipo 2 tendem a surgir, sendo necessário adequar estratégias aos contextos das nossas comunidades e populações, indo de encontro as necessidades destas.

No polo oposto e de acordo com o Perfil Local de Saúde 2017, o número de nados vivos também tem vindo a decrescer, na área de influência do ACES, registando-se um declínio nos últimos anos, mas com valores discretamente superiores aos da região e ao do Continente, como indica a tabela 2.

Tabela 2 - Evolução da taxa bruta de natalidade (2001, 2006, 2011, 2016)

Local de Residência	2001	2006	2011	2016
Continente	10,8	10,0	9,1	8,4
ARS Lisboa e Vale do Tejo	11,4	11,1	10,4	9,7
ACeS Arrábida	12,0	12,6	10,6	9,2

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Ao analisar o Índice demográfico, exposto na tabela 3, verifica-se que em relação ao índice de Envelhecimento -Número de pessoas com 65 ou mais anos / Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100, é inferior ao da RLVT e ao do Continente. No que diz respeito ao Índice de Dependência de Jovens -Número de pessoas com menos de 15 anos/Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100, apesar de um discreto decréscimo, ainda é superior à restante região e mesmo em relação ao Continente. Por último a avaliação do Índice de

Dependência de Idosos- Número de pessoas com 65 ou mais anos / Número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) x 100, é inferior ao da RLVT e ao do Continente (Neto, Pimentel, Durval, Araújo, & Guerreiro, 2017).

Tabela 3 - Índice demográfico (1991, 2001, 2011 e 2016)

Local de Residência	1991	2001	2011	2016
Índice de Envelhecimento				
Continente	73,6	104,8	130,5	153,9
ARS Lisboa e Vale do Tejo	78,0	109,1	125,7	141,1
ACeS Arrábida	66,3	93,5	101,3	122,0
Índice de Dependência de Jovens				
Continente	28,5	23,7	22,5	21,5
ARS Lisboa e Vale do Tejo	25,4	22,3	23,9	24,3
ACeS Arrábida	27,1	23,5	26,1	24,9
Índice de Dependência de Idosos				
Continente	21,0	24,8	29,3	33,1
ARS Lisboa e Vale do Tejo	19,8	24,3	30,0	34,3
ACeS Arrábida	18,0	21,9	26,5	30,4

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

Do conhecimento das características da população da área de influência do ACESA, emerge a identificação do perfil assistencial a adotar face às necessidades em saúde. Este é um dos indicadores importantes para a definição do planeamento estratégico, estruturado em função não só das necessidades, mas também em função dos recursos disponíveis.

2.1.2. Caracterização de saúde

Em 2015, a Rede de Cuidados de Saúde Primários do Sistema Nacional de Saúde de Portugal Continental tinha registados 846 955 utentes com Diabetes, (dos quais 55,4% nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP e 44,6% nas Unidades de Saúde Familiar- USF), num universo de 12 470 910 utentes registados (dos quais 52,2% nas UCSP e 47,8% nas USF) .A taxa de cobertura da vigilância médica das pessoas com diabetes (com 2 ou mais consultas registadas), nos cuidados de saúde primários, ronda os 82,9% (565 097 utentes) (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2016).

O Perfil de Saúde do ACES Arrábida, parte integrante do Plano Local de Saúde, foi elaborado com base num conjunto de indicadores previamente definidos a nível regional, como forma de identificação de problemas que afetam a saúde da população do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida, em matéria de morbimortalidade e seus determinantes.

A esperança de vida à nascença (77.9 anos para os homens; 82.7 anos para as mulheres) tem aumentado, mas ainda se encontra abaixo dos valores da RLVT. Em termos mortalidade proporcional por grandes grupos de causa de morte, para todas as idades e ambos os sexos, destacam-se, pelo seu maior peso relativo, as doenças do aparelho circulatório (31.7%), seguido dos tumores malignos (26.7%). Já para a população com idade inferior a 75 anos, ambos os sexos, os tumores malignos (42,8%) são o grupo com maior expressão, registando valores superiores aos da RLVT e aos do Continente. No que diz respeito à morbilidade, medida pela proporção de inscritos com diagnóstico ativo, destacam-se a hipertensão arterial, as alterações do metabolismo dos lípidos e as perturbações depressivas, ainda assim com valores inferiores à região. Nestes diagnósticos as mulheres apresentam valores mais elevados. Nos determinantes de saúde analisados, o abuso do tabaco e o excesso de peso são os diagnósticos ativos que afetam mais inscritos nos cuidados de saúde primários, com um valor superior à região, no que respeita ao abuso de tabaco, sendo que em todos os determinantes a proporção dos diagnósticos ativo é superior no sexo masculino (Neto et al., 2017).

Considerando que a diabetes é a temática escolhida para o desenvolvimento deste projeto, foi feita pesquisa para descrever a população diabética inscrita no ACESA.

De acordo com os dados registados no Sistema Informático da Administração Regional de Saúde (SIARS), podemos verificar que no ACESA em novembro de 2016:

- Existiam um total de 16895 pessoas com diabetes (cerca de 7,2% da população inscrita no ACESA);
- Número de pessoas com diabetes não insulinotratadas era de 15540;
- Pessoas com diabetes insulinotratadas eram de 1445.

Também proporcionalmente, os utentes registados no SIARS com diabetes, no ACES da Arrábida em 2016, é 7,2%, ligeiramente inferior ao estimado para a população portuguesa (7,66%) e ligeiramente superior ao da Área Metropolitana de Lisboa (AML) (6,83%).

De acordo com o INE, a incidência de amputações dos membros inferiores, por motivo de diabetes, nos residentes na área geográfica do ACES da Arrábida é superior à incidência da ARS LVT e de Portugal. A incidência de amputações (%) em 2015, a nível nacional foi de 0,36; na região da RLVT de 0,44 e **no ACES Arrábida de 1,16** (Direção Geral da Saúde, 2016a).

No que diz respeito à área da prevenção das complicações crónicas da Diabetes por controlo das principais factores de risco modificáveis, como será o caso da observação dos pés como modo de prevenir o pé diabético, verifica-se conforme os dados do observatório da diabetes que as UCSP de LVT têm uma taxa de observação de 37,4% (tabela 4).

Esta é uma taxa de resultado que é manifestamente inferior a qualquer outra unidade de saúde, das diferentes áreas de ação da ARS (Observatório da diabetes, 2016).

Tabela 4- Registo de observação do pé nos cuidados de saúde Primários.

Utentes com Diabetes (com consulta registada) com registo de observação do pé nos Cuidados de Saúde Primários do SNS – 2015

	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	SNS
UCSP	65,6%	56,0%	37,4%	68,3%	40,6%	53,6%
USF	92,1%	86,1%	82,3%	81,2%	77,2%	87,6%
SNS	83,7%	64,5%	63,1%	72,2%	50,3%	71,5%

Fonte: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2016

No contexto do ACESA, e conforme a tabela 5, verifica-se que a mortalidade por diabetes entre 2012 e 2014 assume um valor de 13.0% verificando-se que este é superior ao registado para RLVT (12.0%) e para o continente (10.9%).

Tabela 5- Taxa de mortalidade por diabetes nos triénios 2010-2012, 2011-2013 e 2012-2014, na população com idade inferior a 75 anos e em ambos os sexos.

Grandes grupos de causas de morte	Continente			ARS Lisboa e Vale do Tejo			ACeS Arrábida		
	10-12	11-13	12-14	10-12	11-13	12-14	10-12	11-13	12-14
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	15,6	15,2	14,4	16,5	16,0	15,3	15,2	15,0	15,7
Diabetes mellitus	12,7	11,9	10,9	13,7	12,7	12,0	12,7	12,6	13,0

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, I.P. – Portugal

As unidades de Saúde do ACESA estão organizadas de forma a dar resposta aos utentes de acordo com as orientações emanadas pela Direção Geral de Saúde, no sentido da melhoria da saúde das populações e redução das desigualdades em saúde.

No entanto, nenhuma organização consegue gerir e dar resposta aos problemas de saúde, tendo em conta a constante inovação tecnológica, o aumento da prevalência de doenças crónicas, o envelhecimento da população e consequente aumento da esperança de vida ou o crescimento legítimo das expectativas dos utilizadores do sistema, sem haver uma rede de serviços de prestação de cuidados de saúde, sejam elas públicos ou privados. Em resposta a estes importantes desafios, a atual reforma do Setor da Saúde privilegia o reforço de uma rede de prestação de cuidados integrada que dê resposta aos problemas de saúde de forma integral, com enfoque na promoção da saúde, na prevenção da doença e nos cuidados de proximidade (Direção Geral da Saúde, 2016b).

De acordo com relatório do PReSaMe (2015), como recursos disponíveis, em termos de acesso à prestação dos cuidados de saúde à população com diabetes do ACESA, encontram-se os seguintes recursos:

- O Centro Hospitalar de Setúbal, Entidade Pública Empresarial (EPE) - Este é o hospital de referência para a diabetes, de todo a ACESA. Para que as pessoas com diabetes possam usufruir dos seus serviços, necessitam apresentar

alguns critérios de referenciação elegíveis e acordados entre o próprio Centro Hospitalar e a ACESA;

- O Hospital da Luz Setúbal, entidade privada do grupo Luz Saúde: também tem disponível uma consulta de diabetes;
- O Hospital Nossa Sra. da Arrábida, situado na União das Freguesias de Azeitão: tem disponível consulta de Diabetes;
- A APDP (Associação Protetora dos Diabéticos Portugueses), sediada fora da área da abrangência do ACESA, mas inserida na ARSLVT, constitui um outro recurso para o seguimento dos doentes com diabetes, com retinopatia pelo que foi feito um contrato de parceria entre a ACESA e esta instituição (L. Nunes, Gato, Ferrito, Leal, & Ramos, 2017).

A UCSP onde foi desenvolvido este projeto de intervenção, é uma unidade funcional dos Agrupamentos de Centros de Saúde da Arrábida (ACESA), que presta cuidados de saúde personalizados, que “têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população. Para cumprir a sua missão, desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.” (Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 2008, p.1183).

De acordo com o n.º 1 do artigo 11º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro “A UCSP tem estrutura idêntica à prevista para Unidade de Saúde Familiar (USF) e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF” (Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 2008, p.1184).

Esta unidade de cuidados tem uma área de influência de 25,78 km², uma população de 52542 habitantes e uma densidade de 2675,3 hab/km². De referir que esta freguesia é a 5ª mais populosa de Portugal, englobando 20 Bairros populacionais com uma grande diversidade cultural, étnica e socioeconómica, representando mais de 40% da população do concelho de Setúbal em 10% do território concelhio. A população inscrita na UCSP, apresenta um índice de envelhecimento de 80.12% o que significa que, ao contrário do

que se passa com a população total de Portugal, esta UCSP tem proporcionalmente mais jovens que idosos, não se tratando de uma população tao envelhecida como a do resto do país (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - São Sebastião, 2016).

Segundo o BI-CSP (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários) consultado a dia 26 de junho de 2018, esta unidade é a que tem maior número de utentes inscritos com e sem médico de família (16622 e 18709 respetivamente), num total de 35363 utentes. Na pirâmide etária, dos utentes inscritos nesta UCSP, verifica-se a existência de 18664 de pessoas do sexo feminino e de 16699 do sexo masculino. No que diz respeito ao índice de dependência, temos que num total de 52.84%, os idosos com 25.8% e jovens 27.04% (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

2.1.3. Análise de risco e plano de ação

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a elaboração dos projetos não fica completa sem que se proceda a uma análise provável dos obstáculos ou ameaças à respetiva execução. Estes autores referem que estes podem ser de vários tipos, nomeadamente, relativos a recursos como pessoal ou equipamento (em termos quantitativos ou qualitativos), meio ambiente, administrativo ou financeiros.

De modo a caracterizar a Consulta de Enfermagem em Diabetes da UCSP, como estrutura capaz de aceitar um projeto de intervenção na área da prevenção das complicações crónicas da Diabetes, por controlo dos principais fatores de risco modificáveis, foi efetuado uma análise Swot (apêndice 1) onde se encontram identificados e se destaca, os pontos fortes que se traduzem pela motivação e compromisso demonstrado pela equipa multidisciplinar; as oportunidades identificadas como a disponibilidade e motivação da equipa de enfermagem para melhorar uma situação atual e ainda a possibilidade de contribuir para a melhoria de um indicador de saúde, que traduz a proporção de utentes com Diabetes com exame aos pés no ultimo ano, que por si só, retrata a intervenção autónoma da Enfermagem.

Durante a realização do estágio, a participação ativa em várias consultas de enfermagem no âmbito da diabetes e a integração na equipa, possibilitaram um maior conhecimento acerca do funcionamento desta unidade funcional e do trabalho desenvolvido, bem como da realidade desta comunidade e população, permitindo a possibilidade de identificar as suas necessidades. Na consulta de enfermagem de diabetes, é levado em consideração a observação e pesquisa de alterações nos pés e nos membros inferiores, sendo **registado** no sistema *Sclinico*, o preenchimento da ficha de avaliação, onde fica **monitorizado o grau de risco** de úlcera de pé diabético (anexo 1). Este procedimento é efetuado na primeira consulta de enfermagem, sempre que possível, sendo repetido de acordo com o grau de risco assinalado. Nesta ficha de avaliação, estão contemplados aspetos que caracterizam a pessoa com diabetes:

- **Anamnese:**

- Complicações tardias como a diminuição acuidade visual;
- Tabagismo;
- Conhecimento não demonstrado como risco de doença ou autovigilância;
- Condições socioeconómicas deficientes;
- Calçado e meias inadequadas.

- **Exame aos pés:**

- Avaliação da presença de sinais de neuropatia e/ou isquemia;
- Integridade cutânea;
- Presença de edemas;
- Deformidades do pé;
- Antecedentes pessoais de úlcera e/ou de amputações.

Estes fatores condicionam o grau de risco de úlcera de pé diabético, o que irá estratificar a classificação em categorias de risco de ulceração: baixo, médio e alto risco.

Assim, está confirmada e selecionada a área de intervenção, para este projeto, pois corresponde às necessidades sentidas pela equipa de saúde desta unidade e em simultâneo

poderá contribuir para a visibilidade da mesma em termos de cuidados de enfermagem às pessoas com diabetes.

2.1.4. Considerações éticas

A Enfermagem enquanto profissão autorregulada, tem definidos no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) como no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) os princípios éticos e deontológicos a cumprir no seu exercício, onde naturalmente se inclui a investigação (Nunes, 2013).

Por conseguinte, procedeu-se aos requisitos legais e éticos para implementar um projeto de intervenção na UCSP, tendo sido realizados e entregues, os seguintes pedidos de consentimento informado, que foram deferidos:

- Diretora do ACESA (apêndice 2);
- Comissão Ética da ARSLVT (apêndice 3);
- Autora do instrumento de colheita de dados (apêndice 4);
- Utentes que preencheram instrumento de colheita de dados (apêndice 5).

Todos os procedimentos éticos foram cumpridos conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos segundo o Parecer nº 10727/CES/2018 da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (Anexo 2).

O *International Council of Nurses* (ICN) emanou um enunciado de posição em que relevou a relação dos Enfermeiros e os Direitos Humanos - *Position Statement: Nurse and Human Rights* (1998). Nele se afirma que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética. Igualmente, o enfermeiro está obrigado a assegurar que os doentes recebem

informação apropriada para consentirem no tratamento ou procedimentos, incluindo a participação em investigação (Nunes, 2013).

Neste sentido foi disponibilizado, em suporte de papel, um consentimento informado aos utentes onde se encontram implícitos os objetivos do estudo (apêndice 5), assim como a participação esperada, assegurando o anonimato e a confidencialidade dos dados, tal como a possibilidade de desistir do estudo sem qualquer consequência. Este documento foi elaborado em duplicado, de modo a ser disponibilizada uma cópia ao utente.

Durante a realização do projeto foi mantido o anonimato e respeito pelos participantes, os instrumentos de recolha de dados não apresentavam qualquer dado referente aos utentes que os permitisse identificar, mantendo-se assim a confidencialidade nos dados obtidos e divulgados. No mesmo sentido todos os participantes que se incluíam no projeto e nas atividades programadas foram integradas de forma livre, esclarecida e voluntária, podendo desistir da participação em qualquer circunstância.

2.1.5. População-alvo

A participação da população no processo de planeamento é fundamental e a população-alvo pode entrar não só na implementação como também na elaboração dos projetos que lhe são dirigidos, sendo esta participação comunitária um aspeto importante da organização (Tavares, 1990). Uma população consiste num conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns (Fortin, 2009).

Dos dados fornecidos pelos ficheiros clínicos na Consulta de Enfermagem da Diabetes, estão referenciados a esta consulta 2300 utentes. Das pessoas seguidas regularmente em consulta de diabetes, a faixa etária é muito abrangente, verificando-se um considerável grupo de pessoas com idade superior a 65 anos, mas verifica-se também haver um grande número de utentes na faixa etária entre os 40 e 60 anos, estando ainda na vida ativa laboral. Em relação ao valor de HbA1c, verifica-se que na sua maioria os utentes têm resultados entre os 6,2% e 10,2%. Os utentes encontram-se distribuídos por 9 médicos de

medicina geral e familiar existentes na UCSP, e os restantes não têm médico de família atribuído, pertencendo aos “sem médico”.

Neste contexto, estudar a população alvo na sua totalidade, não é de todo possível. Pode-se, no entanto, examinar a população acessível que deve ser tanto quanto possível representativa da população alvo. Uma vez que a população com diabetes desta UCSP é bastante numerosa como acima referido, o grupo de participantes foi constituído através da técnica de amostragem não probabilística, intencional ou de conveniência, ou seja, foi constituída por indivíduos da população facilmente acessíveis e que responderam a critérios de inclusão e exclusão precisos (Fortin, 2009).

A amostra define-se por critérios de inclusão em que estes correspondem às características essenciais da população. Paralelamente, os critérios de exclusão servem para determinar os elementos que não farão parte da amostra. A amostra é a fração da população sobre a qual se faz o estudo. As características conhecidas da população devem estar presentes nos elementos da amostra. A sua constituição varia segundo o objetivo procurado, os constrangimentos no terreno e a capacidade de acesso à população estudada (Fortin, 2009).

Neste sentido, na seleção da amostra teve-se em consideração utentes com resultados laboratoriais, mais especificamente o valor de HbA1c, o grau de risco de úlcera de pé diabético e a idade da pessoa, na definição de critérios de inclusão e exclusão. De acordo com a tabela 6, foram utilizados os seguintes critérios de seleção:

Tabela 6- Critérios de inclusão e de exclusão da amostra populacional

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Pessoas com diabetes tipo 2 seguidas regularmente na consulta de enfermagem de Diabetes;	Não estarem referenciados a consulta de enfermagem;
Saber ler e escrever;	Não saber ler ou escrever;
Idade entre 55 e 74 anos;	Idade inferior a 55 e superior a 75 anos;
Com baixo e medio risco de úlcera de pé diabético;	Ter alto risco de úlcera de pé diabético;
Com resultado de HbA1c registado.	Sem resultado de HbA1c, registado.

Fonte: elaborado pela mestranda

Deste modo, optamos por planificar o processo de seleção de utentes, no período entre 21 de maio e 5 de junho de 2018, através de contactos telefónicos. Esta primeira abordagem foi efetuada, pela Enfermeira responsável pela Consulta de Enfermagem em Diabetes, por ser a Enfermeira de referência para estes utentes, o que veio a verificar-se numa mais valia, tanto na assertividade da comunicação como na confiança e respeito por parte dos utentes. Os utentes foram informados do objetivo deste contato, tendo sido referido a existência deste projeto e os motivos pelo qual foi solicitada a sua colaboração, tendo estes ficado com consulta de enfermagem agendadas consoante a disponibilidade dos utentes. No período de 30 de maio a 18 de junho, foram realizadas as consultas de enfermagem programadas.

2.1.6. Instrumentos, técnicas e procedimentos

Segundo Fortin, as técnicas e instrumentos para colheita de dados são diversos e a sua escolha é feita tendo em consideração os objetivos do estudo, os instrumentos disponíveis e o conhecimento sobre as variáveis. O questionário é um método de colheita de dados que tem como um dos seus objetivos recolher informação factual sobre atitudes e conhecimentos (Fortin, 2009).

Neste sentido consideramos indispensável conhecer o nível de conhecimento da pessoa com diabetes, para uma maior e melhor identificação das suas necessidades, das suas expectativas, recetividade, conhecimentos, competências, representações, condições de vida e de trabalho que podem influenciar a gestão da sua diabetes. Também se considera importante o incentivo à prática da autoavaliação, de modo a que a pessoa se sinta gratificada com o que consegue realizar e identificar novas necessidades de aprendizagem (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2018).

Tendo em conta o problema relacionado com a vigilância dos pés das pessoas com diabetes, detetado na fase inicial do diagnóstico de situação através dos dados epidemiológicos, desenvolvemos um estudo descritivo, quantitativo não experimental, através da aplicação de um questionário, aos indivíduos pertencentes à amostra.

Após as apresentações formais e confirmação do objetivo desta consulta, foi dado a conhecer o consentimento livre e informado (apêndice 5) ao qual está agregado o questionário (anexo 3), tendo sido pedida a colaboração na leitura e respetivo preenchimento, individualmente.

Foi então utilizado um questionário, no qual são focados dados sociodemográficos, clínicos e questões específicas de conhecimento sobre fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético, que já foi testado e aplicado em Portugal, numa população com as mesmas características, num estudo relacionado com a prevenção do pé diabético efetuado a Norte do país, tendo sido solicitado e obtido a respetiva autorização da autora para utilização neste estudo (Apêndice 4) Este questionário encontra-se estruturado em VI grupos dos quais I e II validam a caracterização das pessoas com diabetes, o III assinala a prática dos cuidados que as pessoas realizam, o IV identifica a perceção da informação cedida pelos profissionais de saúde, no V se as pessoas se consideram bem informadas sobre os cuidados a ter com os pés e finalmente o VI indica os obstáculos que as pessoas encontram para cuidarem dos pés (Correia da Silva, 2011).

Na seleção deste questionário foi levado em consideração que os parâmetros a avaliar vão de encontro às necessidades de conhecimentos e caracterização da população, no que irá influenciar o diagnóstico da situação e a perceção da capacidade para o autocuidado ao pé, assim como a identificação do défice de autocuidado (Orem, 2001).

De modo a rentabilizar o tempo de contato com os utentes, após a receção do questionário preenchido, foi também caracterizado grau de risco de úlcera de pé diabético que está monitorizado no registo do Sclínico, de cada utente. Também, oportunamente foi verificado o registo de análises laboratoriais, mais especificamente o resultado do valor de HbA1c, para facilitar o processo de seleção de utentes consoante os critérios pré-definidos.

No final, dos 41 utentes contactados foram selecionados 39, por cumprirem os critérios inicialmente propostos. Da amostra total, 2 utentes foram excluídos por apresentarem grau de alto risco de úlcera de pé diabético.

2.1.7. Apresentação e análise dos dados

O tratamento dos dados obtidos, foi realizado através de uma análise estatística com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Scienses* (SPSS) versão 24.0.

Segundo Fortin, a parte descritiva da estatística tem por objetivo destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor (Fortin, 2009).

Assim optou-se por seleccionar os resultados do questionário em tabelas e gráficos de modo a facilitar a sua interpretação.

No grupo I, é feita a caracterização sociodemográfica, onde estão incluídas as variáveis, idade, género, nível de escolaridade, situação profissional e tipo de habitação, que fazem parte dos determinantes sociais que condicionam o estado de saúde individual, familiar e comunitário (Loureiro, Rodrigues Gomes, & Heitor dos Santos, 2010).

Pela análise da tabela 7, a população inquirida é maioritariamente do sexo feminino com 56,4% (n=22) dos participantes e com 43,6% (n=17) do sexo masculino, sendo a média de idades de 66,72 anos, com desvio padrão de 5,52 anos, em que a pessoa inquirida com mais idade foi de 74 anos e a mais nova com 55. No que diz respeito ao nível de instrução, a maioria dos inquiridos 71.8% (n=28) tem o ensino primário completo e a maior parte 71.8% (n=28) encontram-se reformados, pelo que em relação à fonte de rendimento, também se verifica que 71.8% (n=28) das pessoas referem ter como rendimentos, a reforma. Quanto ao estado civil 59% (n=23) das pessoas são casadas, havendo 20.5%(n=8) em estado de viuvez. A maioria dos utentes 56.4% (n=21) referem que habitam em apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento, estando também na sua maioria 53.8% (n=20) a residir num bairro residencial bom, com casas confortáveis e bem conservadas.

Tabela 7- Caracterização da amostra (Grupo I).

Classificação Género	Quantidade	%
Sexo Feminino	22	56,4
Sexo Masculino	17	43,6
Idade [Anos]	-	-
Média	66,72	-
Desvio Padrão	5,52	-
Amplitude	19	-
Nível de Escolaridade	Quantidade	%
Ensino Básico	10	25,64
Ensino Primário	28	71,79
Ensino Superior	1	2,56
Profissão	Quantidade	%
Desempregado	3	7,69
Doméstica	2	5,13
Reformado	28	71,79
Trabalhador Ativo	6	15,38
Fonte de Rendimento	Quantidade	%
Honorários	2	5,13
Reforma	28	71,79
Salário	6	15,38
Subsídio	3	7,69
Estado Civil	Quantidade	%
Casado	23	58,97
Divorciado	4	10,26
Solteiro	1	2,56
União de Facto	3	7,69
Viúva	8	20,51
Tipo Habitação	Quantidade	%
Apartamento Modesto	22	56,41
Apartamento Médio	8	20,51
Vivenda	9	23,08

Fonte: Elaborado pela mestranda

Algumas das características socioeconómicas que podem contribuir para aumentar o grau de risco de pé diabético são as condições económicas, o tipo de trabalho desempenhado e o tipo de habitação (com ou sem escadas, condições de luminosidade, com ou sem condições sanitárias), assim como o nível de escolaridade (Apdp, 2010). A identificação destes dados, fornecem-nos um nível de informação facilitador para enquanto enfermeiras e dentro de uma relação interpessoal legítima para agir, saber e cuidar as pessoas nessas circunstâncias e satisfazer as suas necessidades de auto cuidado

terapêutico e regular o desenvolvimento ou exercício da sua atividade de auto cuidado (Orem, 2001).

Orem (2001) define a atividade do autocuidado como uma capacidade desenvolvida, que permite aos adultos identificar os fatores que devem ser controlados ou tratados para regular o seu funcionamento e desenvolvimento. Encara a pessoa como o agente de cuidados, que possui potencial de aprendizagem para melhorar o seu estado de saúde, surgindo a enfermagem como um fator de equilíbrio nas necessidades de autocuidado ao mesmo tempo que as ajuda a desenvolver.

No grupo II, foram abordadas as **variáveis que relacionam os fatores que condicionam a evolução da doença**, assim como a manifestação de complicações da mesma e neste grupo acrescentou-se mais um valor informativo sobre a monitorização do controlo glicémico -HbA1c- que está diretamente relacionada à prevenção de complicações crónicas e no controlo glicémico da pessoa com Diabetes. Como se pode observar na tabela 8 a média de HbA1c desta amostra populacional é de 7,5%, o que está discretamente acima dos objetivos glicémicos propostos para um bom controlo metabólico para um adulto com diabetes. No que diz respeito ao **índice de massa corporal (IMC)** calculou-se uma média de 28,66 KG/m² no total da população estudada, podendo-se concluir que a mesma se encontra com excesso de peso (IMC entre 25 e 29.9 Kg/m²). Relativamente ao **tipo de diabetes**, todos os utentes têm DM2 e no que diz respeito a duração da doença, têm conhecimento do diagnóstico, na sua maioria há mais de 5 anos. Finalmente, em relação ao **tratamento da diabetes**, 92% (n=35) das pessoas estão sob antidiabéticos orais, 33,0% (n=13) sob insulino terapia e 74% (n=28) consideram as medidas de estilo de vida, fazendo parte do tratamento da doença.

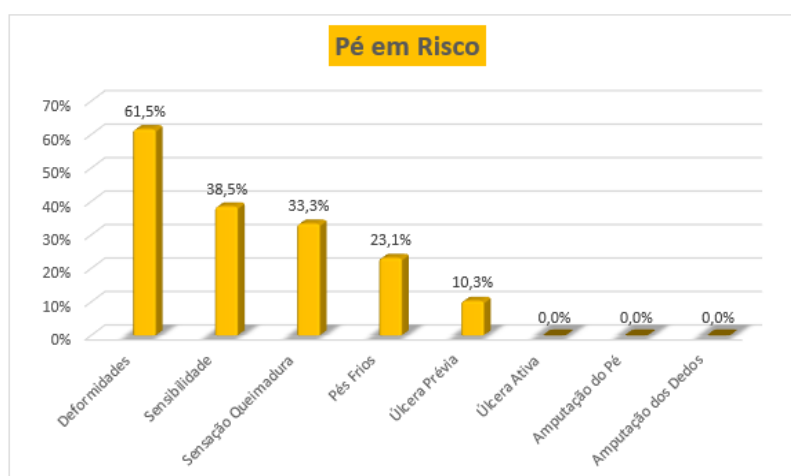
Tabela 8- Caracterização da amostra (Grupo II)

IMC [Kg/m ²]	[Kg/m ²]	-
Média	28,66	-
Desvio Padrão	3,49	-
Amplitude	17,33	-
Duração Doença -DM2	Anos	-
< 5 Anos	14	-
5 - 9 Anos	15	-
10 - 14 Anos	4	-
15 - 19 Anos	3	-
≥ 20 Anos	3	-
Tratamento DM2	Quantidade	%
Estilo de Vida	29	74%
Insulina	13	33%
ADO	36	92%
HbA1c [%]	-	%
Média	-	7,50
Amplitude	-	4,00

Fonte: Elaborado pela mestranda

Na questão que diz respeito à variável **Pé em risco** foram definidas 8 categorias. Através da análise do gráfico 2 verifica-se que os fatores de risco com maior expressão são as deformidades e as alterações de sensibilidade com taxas de 61.5% (n=23) e 38.5% (n=15), respetivamente. De realçar que obtivemos uma taxa de úlcera ativa e de amputações de 0% (n=39).

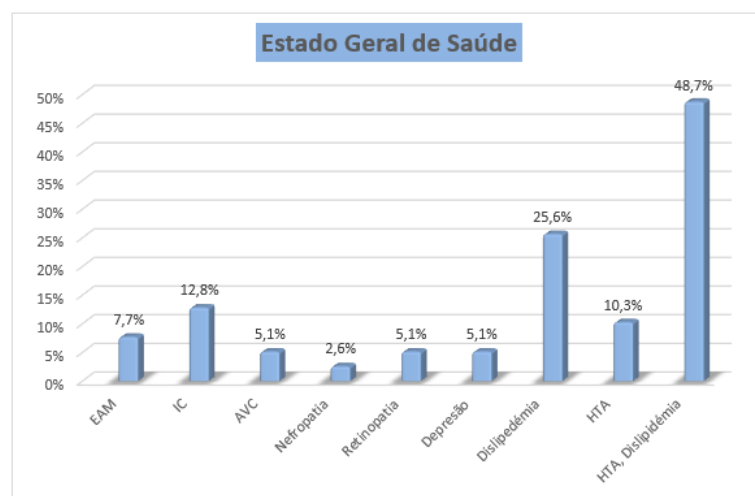
Gráfico 2 - Fontes de risco para a úlcera



Fonte: elaborado pela mestranda

No que diz respeito **ao estado geral de saúde** traduzido no gráfico 3, 12.8% (n=5) dos participantes, referem insuficiência cardíaca, 7.7% (n=3) história de EAM e 5.1% (n=2) têm diagnóstico de AVC, retinopatia e depressão. Em relação à nefropatia, 2.6% (n=1) da amostra, refere ter o diagnóstico. Nesta questão a oportunidade de preencher em pergunta aberta a possibilidade de haver outras patologias, verifica-se que existem 48.7% (n=19) pessoas com HTA associada a Dislipidemia.

Gráfico 3 - Estado geral de saúde



Fonte: elaborado pela mestranda

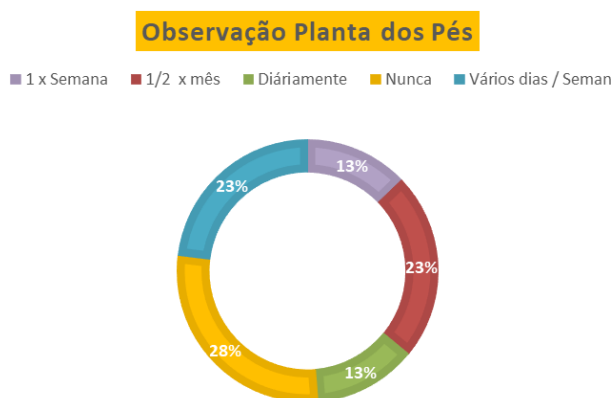
Resumindo o grupo anterior, observa-se que na população estudada, a maioria tem diagnóstico de diabetes conhecido entre 5 e 9 anos, encontra-se com excesso de peso e associa-se o fator hipertensão arterial e dislipidemia, como risco para as alterações a nível dos pés, por serem eles contributivos para o desenvolvimento de doenças macro vasculares e microvasculares que incluem a doença arterial coronária, doença vascular periférica, retinopatia, nefropatia e possível neuropatia instalada (ADA, 2013).

Contextualizando, pode-se verificar que nesta população já foi diagnosticada algum tipo de doença microvascular com 38,4% (n=15) nos participantes, a qual se considera que é importante para determinar a etiologia e o prognóstico das lesões a nível dos membros inferiores nas pessoas com Diabetes.

No que diz respeito à importância do tratamento da diabetes, não tem como objetivo apenas a prevenção das complicações agudas e tardias, mas também o bem estar e a integração social e familiar da pessoa com diabetes, pois não se reduz somente à normalização da glicemia, mas também a normalização de outros fatores de risco, tais como o controlo da hipertensão arterial e perfil lipídico (Apdp, 2012).

No grupo III do questionário é abordado a **prática dos autocuidados aos pés** e podemos constatar os seguintes resultados de acordo com os gráficos apresentados.

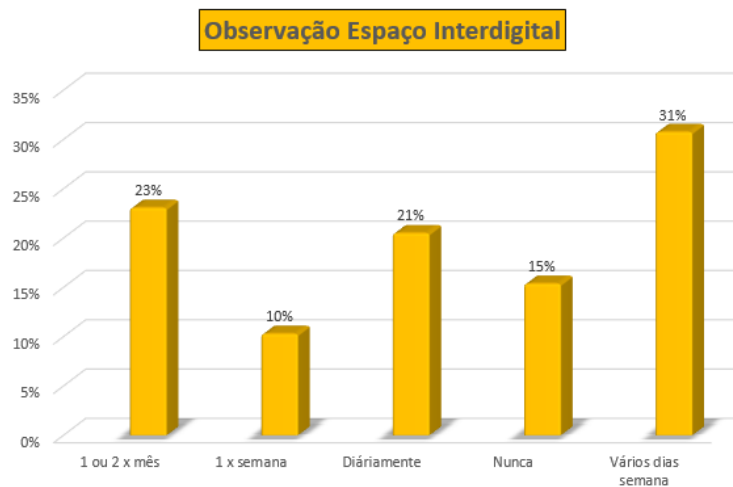
Gráfico 4 - Observação plantar. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

No que diz respeito à prática de cuidados, relacionada com a **observação dos pés** (gráfico 4), podemos verificar que das 39 pessoas que constituem a amostra, 28% (n=11) revela **nunca observar** a região plantar dos pés e apenas 13% (n=5) dos inquiridos **observam** a região plantar diariamente.

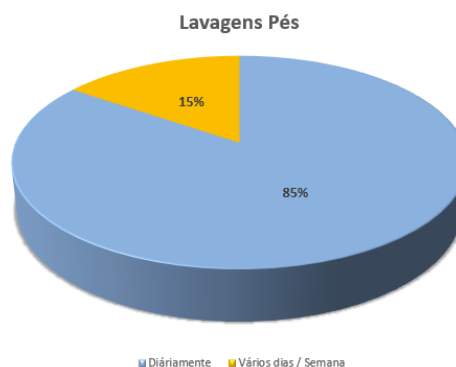
Gráfico 5 - Observação de espaço interdigital



Fonte: elaborado pela mestranda

Também em relação à **observação do espaço interdigital** (gráfico 5), verificamos que 31% (n=12) dos inquiridos **observam** o espaço interdigital vários dias por semana, apenas 21% (n=8) o fazem diariamente e 15% (n=6) da amostra revela **nunca observar** o espaço interdigital.

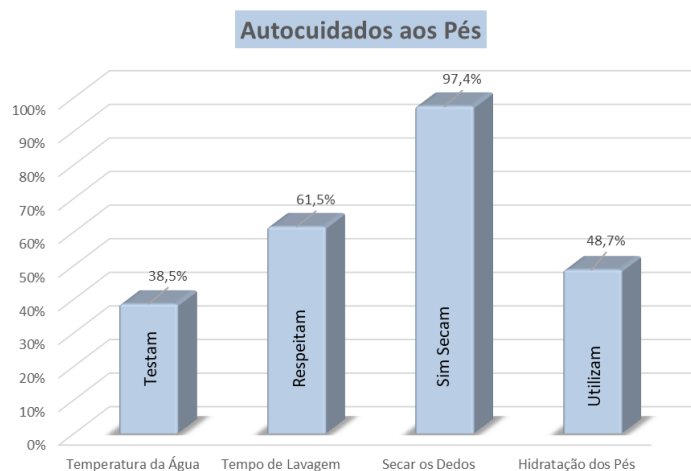
Gráfico 6 - Lavagens pés. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

No que se refere à **lavagem dos pés** (gráfico 6) observamos um resultado de 84.6% (n=32) dos participantes que lavam os pés **diariamente** sendo que os restantes 15% (n=6) o fazem vários dias por semana.

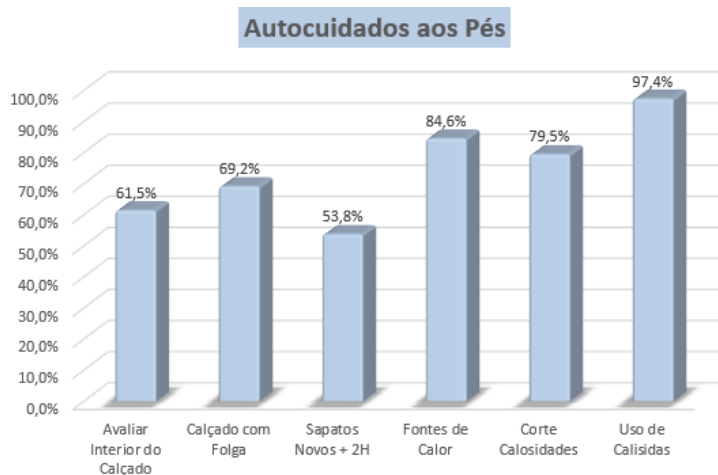
Gráfico 7 - Autocuidado dos pés (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

De acordo com o gráfico 7, na prática de cuidados relacionada com a higiene dos pés, e na questão referente à **temperatura da água**, apenas uma percentagem de 38.5% (n=15) dos participantes **testam** previamente a água, no entanto existe uma percentagem de 61.5% (n=24) que mencionam **respeitar** o tempo de lavagem. Verificamos um resultado muito positivo em que 97.4% (n=38) da amostra refere ter o cuidado de **secar** o espaço interdigital quando limpam os pés. Em relação ao **uso de creme hidratante** nos pés, apenas 48.7% (n=19) dos inquiridos referem que o **utilizam**.

Gráfico 8 - Autocuidado dos pés (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

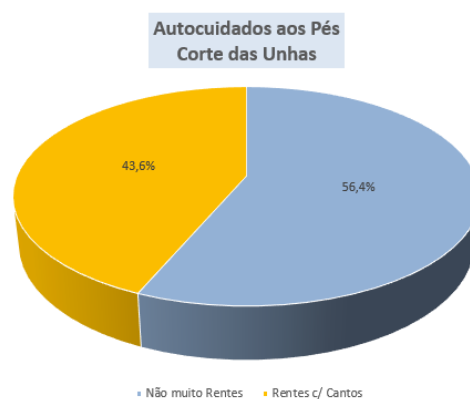
Segundo a análise do gráfico 8, uma das práticas de cuidados que está incluída nos autocuidados é a **avaliação do tipo de calçado** escolhido e constatamos que 61.5%

(n=24) dos inquiridos, **não inspecionam** o interior do calçado antes de o usar, no entanto 69.2% (n=27) optam por calçado com folga e adaptados aos pés, sendo que 53.8% (n=21) das pessoas utilizam os sapatos novos mais de 2 horas por dia.

No que se refere à aproximação dos pés de fontes e calor ou recurso a lavagem com água muito quente, 84.6% (n=33) dos participantes negam essa prática.

Na presença de calosidades, 79.5% (n=31) dos inquiridos, **não cortam** calosidades e 97.4% (n=38) **não usam** calicidas.

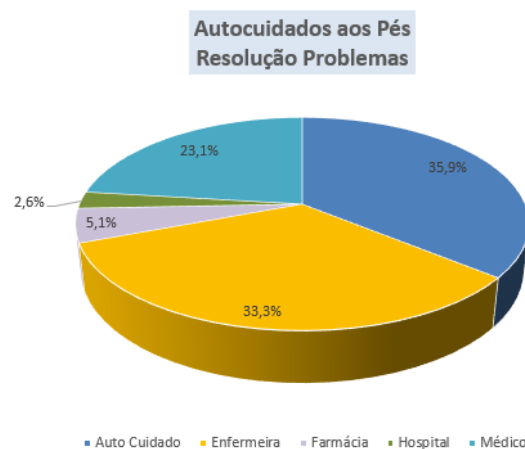
Gráfico 9 - Auto cuidado dos pés. Corte das unhas. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

Relativamente ao **corte das unhas** (gráfico 9) 56.4% (n=22) da amostra responderam que cortam as unhas não muito rentes incluindo os cantos, tendo no entanto 43.6% (n=17) dos participantes que respondeu que cortam as **unhas rentes incluindo os cantos**.

Gráfico 10 - Autocuidado dos pés. Resolução dos problemas. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

Quanto ao autocuidado referente à prática de cuidados relacionada com os **problemas que surgem** (gráfico 10), 35.9% (n=14) das pessoas referem que quando têm algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, fazem tratamentos (autocuidados) na tentativa de melhorarem e 33.3% (n=13) das pessoas recorrem, nas mesmas circunstâncias, à Enfermeira do Centro de Saúde.

Da análise dos resultados obtidos referentes aos comportamentos que as pessoas desta amostra populacional, têm com os seus pés no sentido de os proteger e de prevenir alguma lesão, verificou-se que a maioria das pessoas aderem às boas práticas de auto cuidados, no que diz respeito à lavagem dos pés diariamente, à não colocação dos pés de molho, secagem dos espaços interdigitais, na escolha de sapatos com alguma folga e a não aproximação dos pés a fontes de calor assim como o não cortar as calosidades e não usar calçadas. No entanto existem ainda utentes que não cumprem medidas de autocuidados considerados de boa prática, pelo que, podemos considerar algum défice de autocuidado, especialmente a não observação da região plantar e espaços interdigitais, a não testar a temperatura da água e ao corte desajustado das unhas, assim como a não valorização imediata de possíveis lesões a nível dos pés.

No **IV grupo** do questionário foi feita **identificação da informação** que as pessoas com DM2 adquiriram pelos profissionais de saúde, nos últimos 12 meses cujos resultados se encontram evidenciados na tabela 9.

Tabela 9- Informação fornecida pelos profissionais de saúde aos utentes

Informação fornecida pelos Profissionais de Saúde aos Utentes	+ 1 vez	1 vez	Não
Alteração Sensibilidade	12,8%	28,2%	59,0%
Observação Diária	10,3%	33,3%	56,4%
Tratamento de Calosidades	10,3%	30,8%	59,0%
Corte Correto das Unhas	10,3%	28,2%	61,5%
Escolha dos Sapatos	7,7%	30,8%	61,5%
Cuidados a ter com Sapatos e Meias	7,7%	30,8%	61,5%

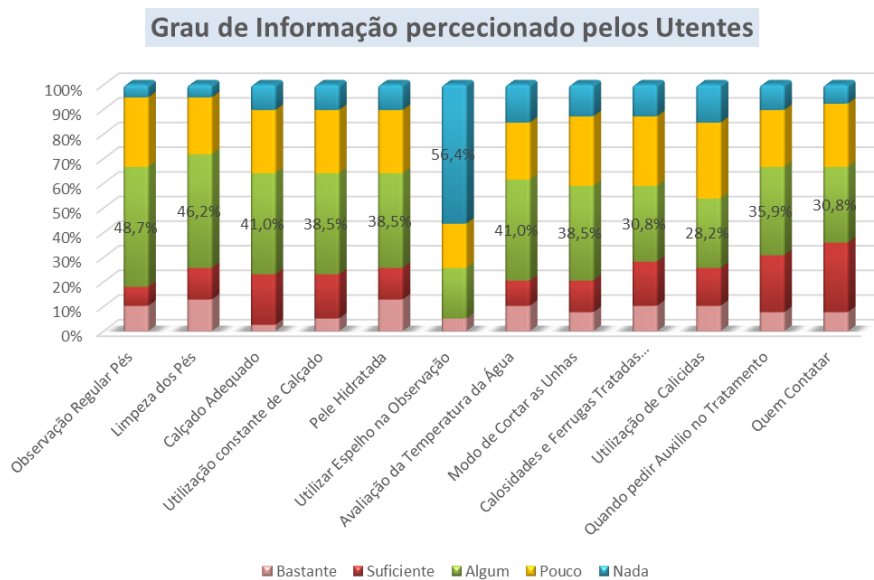
Fonte: elaborado pela mestranda

Quando questionados sobre a informação fornecida pelos profissionais de saúde, 59.0% (n=23) da amostra, referem que não lhes foi falado sobre alterações de sensibilidade, 56.4% (n=22) revelam que não lhes foi dito como fazer a observação dos pés e 59.0% (n=23) consideram que não lhes foi falado sobre tratamento de calosidades assim como, 61.5% (n=24) assumem que não lhes foi falado sobre corte correto de unhas. Quanto ao tipo de calçado aconselhado, 61.5% (n=24) referem não serem informados como escolher os sapatos assim como 61.5% (n=24) mencionam não saberem cuidados a terem com sapatos e meias.

O acesso dos utentes aos cuidados de saúde e do direito à informação completa, verdadeira e inteligível assume-se como um elemento fundamental para a garantia – plena e efetiva – do seu direito de acesso aos cuidados de saúde. Devendo a informação transmitida ao utente ser verdadeira, completa, transparente, acessível e inteligível pelo seu destinatário concreto. Só assim se logrará respeitar a dignidade, liberdade e autonomia dos utentes e, bem assim, reunir as condições essenciais para que estes possam exercer, de forma plena e efetiva, o seu direito fundamental de acesso à saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2015).

No **grupo V** é avaliado o **grau de informação percecionado** pelas pessoas com DM2 relativamente aos cuidados a ter com os pés, sendo a síntese dos resultados apresentados no gráfico 11.

Gráfico 11 - Grau de informação percecionado pelos utentes. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

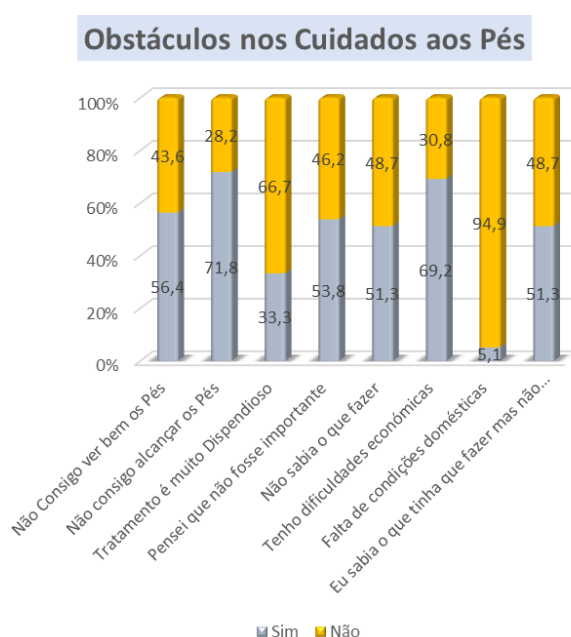
Quanto ao grau de informação percecionado pelos utentes, no que diz respeito aos cuidados a ter com os pés, verifica-se que na maioria das questões aplicadas, as respostas concentraram-se em maior percentagem no nível proposto de avaliação “algum”, verificando-se que em relação ao nível de avaliação “suficiente” e “bastante” os resultados percentuais são baixos. Assim, no sentido de contextualizar os resultados mais pertinentes confirmamos que em relação ao grau de informação percecionado pelos utentes e em relação à observação regular dos pés, 48.7% (n=19) dos inquiridos referem ter apenas alguma perceção de informação, assim como 46.2% (n=18) referem algum conhecimento sobre a limpeza dos pés. No que diz respeito ao calçado adequado, 41.0% (n=16) referem ter algum conhecimento percecionado e na mesma percentagem algum conhecimento sobre a utilização constante de calçado. Nos cuidados de manutenção de pele hidratada, 38.5% (n=15) dos inquiridos mencionam algum conhecimento assim como 41.0% (n=16) dos investigados na avaliação da temperatura da água. No corte das unhas, 38.5% (n=15) da amostra refere apenas algum conhecimento assim como apenas 30.8% (n=12) das pessoas sabem que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por

profissionais de saúde e 28.2% (n=11) dos inquiridos têm algum conhecimento sobre a utilização de calçadas. Relativamente, sobre a quem pedir auxílio no tratamento, 35.9% (n=14) dos pesquisados têm algum conhecimento, assim como quem contatar quando têm problemas nos pés apenas 30.8% (n=12) da amostra o refere. No que diz respeito à utilização de espelho na observação dos pés, 56.4% (n=22) responderam não saberem nada relativo a este assunto.

A educação da pessoa com diabetes, é a base da prevenção de lesões e amputações no contexto do tratamento do pé diabético, sendo aliás através da educação para saúde que se pode fazer toda a diferença, uma vez que não podemos mudar em relação às características clínicas e à evolução destas perante o acumular dos anos de diabetes, sabendo também que cerca de 80% a 90% das feridas são provocadas por traumatismos e portanto se os conseguirmos impedir, podemos evitar a grande maioria das lesões a nível dos pés (Apdp, 2010). Assim com base nesta referência e perante os resultados, estão identificados défices de conhecimento transmitidos por parte da equipa de saúde, assim como défice de conhecimentos percecionados pela nossa amostra populacional.

No **grupo VI** foram avaliados os **obstáculos** que a pessoa com DM2 encontra para cuidar dos seus pés, sendo que os resultados estão explanados no gráfico 12.

Gráfico 12 - Obstáculos nos cuidados aos pés. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

Em relação aos obstáculos nos cuidados aos pés, 56.4% (n=22) das pessoas referem ter dificuldade em ver os pés e 71.8% (n=28) dificuldade em alcançar os pés. Em relação ao grau de importância da prática do autocuidado, 53.8% (n=21) pensavam não ser importante o cuidado aos pés, havendo, no entanto, uma percentagem de 46.2% (n=18), que consideram este assunto importante. Perante os obstáculos nos cuidados aos pés, 51,3% (n=20) considera que não sabiam o que fazer. Nesta amostra 94.9% (n= 37) dos utentes negam falta de condições domésticas para o cuidado aos pés. Apesar de 69.2% (n=27) referirem dificuldades económicas, 66.7% (n=26) consideram que os cuidados aos pés não são muito dispendiosos. Por último, 51.3% (n=20) das pessoas referem que apesar de saberem o que tinham de fazer, em relação aos cuidados aos pés, não sabem como fazê-lo.

Perante as respostas efetuadas, relacionadas com os obstáculos à prática dos autocuidados mais comuns, verifica-se que mais de metade das pessoas consideram ter dificuldade em ver (n=22) e alcançar os pés (n=28) pelo que é necessário investir na avaliação das causas que condicionam a boa prática. Igualmente na importância dos cuidados aos pés uma pequena porção de utentes (n=18) julgaram importante o cuidado aos pés assim como em relação ao conhecimento de saberem agir perante algum obstáculo verificou-se um número de utentes (n=20) que assumem não saber o que fazer perante algum problema relacionado com os pés . Consideramos que estas questões têm um caráter basilar no nível de importância, pois deve ser do conhecimento geral para todas as pessoas com diabetes, pelo que é importante investir nas recomendações dos autocuidados, na avaliação posterior e no modo como as pessoas executam os seus cuidados, no sentido de alargar o conhecimento e as boas práticas aos restantes elementos do grupo.

2.1.7.1. Diagnósticos de enfermagem

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades vai determinar a pertinência do plano de intervenção. Este funciona como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação (Imperatori & Giraldes, 1993).

Fazer o diagnóstico da saúde exige à partida o conhecimento do significado de dois conceitos:

- Problema que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo, pelo técnico de saúde e pela comunidade;
- Necessidade que exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, ou seja, representa o necessário para remediar o problema identificado (Caldeira, 2018).

Nesta perspetiva, e tendo em conta que para Orem, o processo de enfermagem é um sistema que permite diagnosticar a necessidade de cuidados, fazer um planeamento e intervir, podemos considerar que é neste contexto que o papel do enfermeiro é fundamental, já que o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm uma intervenção decisiva. O método para conduzir este processo obedece aos seguintes critérios: determinação dos requisitos de autocuidado; determinação da competência para o autocuidado; determinação da necessidade terapêutica; mobilização das competências do enfermeiro; e o planeamento da assistência nos sistemas de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, para uma melhor contextualização da problemática em estudo e para que se pudesse ter confirmação das necessidades identificadas, foram agendadas duas reuniões para o dia 4 de outubro, na UCSP S. Sebastião. Todos os participantes foram contactados pessoalmente ou via telefónica no dia 1 e 2 de outubro. Teve como objetivos a apresentação dos resultados dos questionários previamente aplicados, numa perspetiva de identificar de modo resumido apenas os problemas mais evidentes e de os validar com a população alvo. O plano de sessão da reunião encontra-se em apêndice 6.

As reuniões realizaram-se em momentos diferentes, por questões organizacionais. A primeira reunião foi efetuada com os elementos da equipa multidisciplinar que são conhecedores dos problemas da população em estudo, de modo a dar a conhecer e partilhar os resultados dos problemas detetados, e promover um momento de

sensibilização e motivação dos diversos profissionais. Os participantes deste grupo são suscetíveis de serem agentes promotores deste projeto, pela importância do trabalho a realizar e dos problemas sobre os quais se deve intervir. No mesmo sentido, foi partilhado com o grupo de utentes que participaram neste processo os resultados dos questionários com maior destaque para os problemas detetados. A técnica utilizada nestas reuniões foi de “Brainstorming”, pelo facto de permitir a partilha de ideias e opiniões acerca da importância e o interesse de todos pelos cuidados ao Pé Diabético, tanto na vertente profissional como na da pessoa com diabetes havendo um resultado consensual da pertinência deste trabalho de intervenção. Citando Tavares, “um consenso, obtido entre um grupo de pessoas conhecedoras dos problemas e da população em estudo, é altamente fiável”(Tavares 1990, p. 64).

Para a divulgação dos resultados do Diagnóstico de Situação, recorreu-se ao método expositivo, através de apresentação em PowerPoint (apêndice 7), técnica que permite captar a atenção dos participantes e sintetizar a informação disponibilizada.

Dos problemas identificados, destacam-se os que estão relacionados com a variável **Pé em Risco** em que se evidencia o fator de risco de maior expressão com uma taxa de 61.5% (n=24) das pessoas com história de deformidades/calosidades/infeção e de uma taxa de 38.5% (n=15) de pessoas com alterações de sensibilidade, sendo dois fatores de risco que condicionam o desenvolvimento de úlceras do pé diabético.

Ao aplicar o modelo teórico de Orem, na identificação dos principais problemas detetados podemos expressá-los em diagnósticos de enfermagem segundo a teórica.

No que se refere à prática dos autocuidados aos pés, foram determinados **défices de autocuidados** relacionados com:

- Apenas 13% (n=5) dos inquiridos observam a região plantar diariamente;
- Somente 38.5% (n=15) da amostra testa previamente a temperatura da água da lavagem dos pés;
- Em relação ao tempo recomendado de lavagem apenas 61.5% (n=24) dos inquiridos referem cumprir;

- Exclusivamente 48.7% (n=19) dos participantes utilizam creme hidratante no cuidado aos pés;
- Cortam as unhas rentes, incluindo os cantos, 43.6% (n= 17) dos participantes;
- Verifica-se que 35.9% (n=14) dos inquiridos referem que quando têm algum problema nos pés, fazem autocuidados, na tentativa de melhorarem.

Em relação ao grau de informação percecionado pelos utentes, verifica-se **défi**ce de **conhecimento**, pois a maior percentagem da amostra assume-se com algum conhecimento sobre:

- Observação regular dos pés 48.7% (n=19) e sobre a limpeza dos pés 46.2% (n=18);
- Utilização de calçado adequado 41.0% (n=16);
- Apenas 38.5% (n=15) referem algum conhecimento nos cuidados de manutenção de pele hidratada e 41.0% (n=16) na avaliação da temperatura da água;
- 38.5% (n=15) no modo de cortar as unhas assim como 30.8% (n=12) em que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais de saúde e 28.2% (n=11) da utilização de calicidas;
- 35.9% (n=14) sobre quando pedir auxílio no tratamento e 30.8% (n=12) quem contatar quando tem problemas nos pés;
- 56.4% (n=22) desconhecem a utilização de espelho na observação dos pés.

No que diz respeito aos obstáculos nos cuidados aos pés, verifica-se **défi**ce de **autocuidado** relacionado com:

- Não conseguem ver bem os pés 56.4% (n=22), e há uma percentagem de 71.8% (n=28) de pessoas com dificuldade em alcançar os pés;
- Em relação à importância do cuidado aos pés, 53.8% (n=21) consideram não ser importante, assim como, 51.3% (n=20) referem que apesar de saberem o que tinham de fazer, em relação aos cuidados aos pés, não sabem como fazê-lo.

No decurso da reunião, foram colocadas por parte dos elementos da equipa várias questões sobre o desenvolvimento/implementação do projeto, questões que foram clarificadas objetivamente, explicando as atividades que se pretende desenvolver e as diferentes etapas do projeto.

Segundo Tavares (1990), um diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas, sobre os quais se pretende intervir com o objetivo de solucionar ou minimizar, assim com base nos dados anteriormente apresentados é possível identificar os seguintes problemas:

- Défice de autocuidado aos pés, relacionado com a prática de autocuidados e com os obstáculos nos cuidados aos pés;
- Défice de conhecimento, sobre informação percecionada para realizar autocuidados aos pés.

Neste sentido, consideramos que a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado, concebida por Dorothea Orem, assume-se com pertinência, já que o sistema de apoio-educação é uma estratégia que orienta a intervenção, na medida em que o enfermeiro promove a pessoa como agente de autocuidado, para que esta possa responder de forma consciente e autónoma às potenciais alterações de saúde, dando continuidade ao seu projeto de saúde, e neste contexto de apoio-educação, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um papel relevante, uma vez que uma das suas competências específicas é “ contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades” contribuindo para efetivos ganhos em saúde. (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro, Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 8667).

Na elaboração deste trabalho foi valorizada a perceção dos conhecimentos em saúde em relação aos cuidados aos pés que os utentes da consulta de enfermagem desta Unidade de Saúde, nos dão a conhecer em resultados concretos, os quais são fundamentais para um melhor planeamento em saúde e consequentemente na adoção de comportamentos promotores de saúde. A enfermeira de saúde comunitária pode através das suas competências e com base na metodologia em saúde, proceder a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma

comunidade, procedendo à elaboração do seu diagnóstico de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Existem dificuldades na participação ativa dos cidadãos, associadas a alguma passividade e a uma ausência de cultura de participação por parte dos cidadãos que continuam a deixar decisões importantes relativas à sua saúde na mão dos profissionais de saúde. Existem também dificuldades inerentes aos próprios profissionais, que assumem frequentemente o papel principal na programação e execução das intervenções sem conseguirem envolver os cidadãos (Canhestro & Basto, 2016).

No entanto a participação desta amostra de população foi francamente gratificante pelo empenho e disponibilidade o que permitiu analisar os dados resultantes do preenchimento do questionário em tempo útil de modo a proceder a sua interpretação. Da análise dos dados é permitido identificar comportamentos que transmitem conhecimentos, competências e crenças de saúde e que podem ser interpretados em alguns défices nos autocuidados ao nível das boas práticas de cuidados recomendados a ter com os pés, assim como, nos conhecimentos gerais a cerca dos autocuidados.

De acordo com as normas da CIPE (Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem) considera-se autocuidado a atividade executada pelo próprio em tratar do que é necessário para se manter, ou seja, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais, básicas e íntimas e as atividades de vida diária (*International Council of Nurses*, 2016).

Igualmente segundo a teoria de autocuidado apresentada por Orem, considera-se o conceito de autocuidado, como a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para prolongar/manter a sua vida, saúde e bem-estar; e a ação de autocuidado como a capacidade que um indivíduo apresenta para se comprometer no autocuidado (Orem, 2001).

Assim desta forma foi possível identificar como diagnóstico de enfermagem o “autocuidado comprometido” (*International Council of Nurses*, 2016).

Posteriormente, ao longo deste processo de intervenção na comunidade irá ser dado seguimento à metodologia de planeamento em saúde nas restantes etapas.

2.2. Determinação de Prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do processo de planeamento na área da saúde. Trata-se, na sua essência de um “processo de tomada de decisão, em que é necessário selecionar prioridades, procurando saber que problemas se devem tentar solucionar em primeiro lugar” (Tavares, 1990, p.83). Igualmente é essencial que se recorra à definição e adoção de critérios ponderados através dos quais se ordenam os problemas. Segundo Imperatori e Giraldes, os critérios major de priorização dos problemas de saúde são: a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão utilizando, sobretudo, indicadores de mortalidade, a transcendência, valorizando as mortes/doenças por determinada causa por grupos etários e a vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

Existem outros critérios suscetíveis de se aplicarem na determinação de prioridades, tais como: a evolução do problema, irreversibilidade, conformidade legal, atitude da população, fatores económicos, entre outros (Imperatori & Giraldes, 1993). No entanto será inoportuno a utilização de todos os critérios existentes, sendo importante a seleção de três ou quatro. Esta seleção deverá ser consensual entre os investigadores de determinada problemática, possibilitando assim uma base objetiva para a consecução desta etapa do planeamento (Tavares, 1990).

Assim, podemos considerar que em relação aos problemas de saúde identificados, são de elevada **magnitude**, uma vez que o Pé Diabético continua a ser um grande problema social, económico e de saúde, afetando 15% do total de diabéticos e constitui a maior causa de amputação não-traumática na maioria dos países ocidentais, sendo a taxa de amputação nos diabéticos 15 vezes maior em comparação com a população não diabética. A incidência anual de úlceras do Pé Diabético é de 1% a 4% e a prevalência destas úlceras em países desenvolvidos é de 4% a 10%. No que diz respeito à **transcendência**, as

complicações do Pé diabético são mais comuns em homens e em indivíduos com mais de 60 anos de idade (Khanolkar et al., 2008). A média de idade da nossa população é de 66.72 anos. A nível da **vulnerabilidade**, podemos considerar que a educação faz parte integrante da prevenção. O objetivo da educação é modificar o comportamento do autocuidado da pessoa com diabetes, a fim de aumentar a adesão aos cuidados ao pé, isto é, a compreensão dos problemas do pé por parte da pessoa com diabetes, ou seja, as intervenções educativas na prevenção do pé diabético têm como objetivo promover conhecimentos e comportamentos, para que a pessoa consiga integrar na rotina diária a adesão ao autocuidado (Lépori, 2015b).

Recorrendo a estes pressupostos e tendo obtido como problemas prioritários, os relacionados com défices de autocuidados e de conhecimentos para a prática de autocuidados aos pés, podemos considerar que ambos são potencialmente facilitadores para o risco de aparecimento de alterações da integridade cutânea, e consequentemente contribuirão para o aparecimento e evolução de lesões nos pés. Assim sendo, podemos considerar que ambos são prioritários e passíveis de intervenções de enfermagem, pois o défice de autocuidado, quando expresso em termos de limitações de ação, ajuda a compreender o papel da pessoa no autocuidado e fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem (Tomey & Alligood, 2004).

2.3. Fixação de Objetivos

Imperatori e Giraldes (1993) referem que, no processo de metodologia do Planeamento em Saúde, após a identificação dos diagnósticos e o estabelecimento de prioridades, há que determinar os objetivos que se pretende atingir em relação aos problemas de saúde identificados. Para esta determinação há que: selecionar indicadores, determinar a tendência dos problemas, fixar os objetivos a atingir e concretizar os objetivos em objetivos operacionais ou metas (Tavares, 1990).

Entende-se agora objetivo como sendo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução natural desse problema (Imperatori & Giraldes, 1993).

Assim procedeu-se à fixação dos seguintes objetivos.

Objetivo Geral:

- Capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético, seguidos em consulta de enfermagem de Diabetes na UCSP.

Do objetivo geral, foram definidos objetivos específicos, para o grupo de pessoas com DM2 que constituem a amostra:

- Avaliar e registar risco para úlcera de pé diabético, de acordo com a Norma Nº5 da DGS de 2011;
- Avaliar a importância auto percebida do autocuidado aos pés;
- Aumentar os conhecimentos relativamente ao autocuidado aos pés das pessoas envolvidas no projeto.

Segundo Imperatori & Giraldes (1993) uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade mensuráveis e a curto prazo (anualmente).

Assim, e tendo em conta a ordem pelo qual foram estabelecidos os objetivos, definiram-se as seguintes metas:

- Que 100% das pessoas que fazem parte desta amostra tenham avaliação e registo de risco para úlcera de pé diabético, de acordo com a Norma Nº5 da DGS de 2011;

- Que pelo menos 70% das pessoas desta amostra, identifiquem a importância do autocuidado aos pés, como uma das condições necessárias para a prevenção de lesões;
- Aumentar a média de melhoria em 70% nos parâmetros identificados como défice de autocuidados relacionados com a prática.

Recorrendo ainda ao Planeamento em Saúde e segundo Imperatori & Giraldes (1993), as metas são uma consequência dos objetivos anteriormente definidos, tal como as atividades são uma consequência das metas definidas. Assim, para que seja atingido cada objetivo deve ser operacionalizado nas atividades necessárias. Enquanto as atividades representam o que se faz para atingir o objetivo, a estratégia é um conjunto coerente de atividades tendo em vista a resolução de um problema (é o fio condutor), ou a forma de concentrar a ação para a obtenção dos melhores resultados.

2.4. Seleção de Estratégias

Na definição das estratégias relativamente ao défice de autocuidado aos pés, relacionado com a prática de autocuidados e com os obstáculos nos cuidados aos pés, assim como no défice de conhecimento, sobre informação percecionada para realizar autocuidados aos pés, teve-se em conta a teoria geral de Orem que proporciona a visão do fenómeno da enfermagem, permitindo que a enfermeira juntamente com o individuo implementem ações de auto cuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades de maneira qua a relação de ajuda se expresse no dialogo aberto e promova o exercício do autocuidado (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Assim pretende-se que este projeto tenha enfoque na capacitação da pessoa com DM2 - agente de cuidado - para a importância dos autocuidados aos pés. Deste modo, podemos ir de encontro à Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem que se traduz no sistema de apoio-educação, que é quando o individuo necessita de assistência na forma de apoio, orientação e ensinamento (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Neste sentido, optámos como estratégia a promoção da educação para saúde, tendo em conta que as atividades de Educação Terapêutica são essenciais na gestão das doenças crónicas. Devem ser geridas por profissionais de saúde treinadas no campo da educação e são dirigidas a pessoas com doenças crónicas (ou grupos de pessoas) e famílias, para gerirem o tratamento, prevenirem as complicações e manterem ou melhorarem a qualidade de vida (Direcção-Geral da Saúde, 2000a).

A importância da Educação Terapêutica advém da necessidade de formar as pessoas com a doença crónica no desenvolvimento de capacidades de autogestão e adaptação do tratamento à sua doença, ajudando-as a gerir o tratamento e a prevenir ou retardar as complicações, enquanto mantêm ou melhoram a sua qualidade de vida (Direcção-Geral da Saúde, 2000a). Esta estratégia também permite à pessoa com diabetes colaborar, com competência reconhecida e de forma ativa, no seu tratamento, como elemento integrante da equipa de saúde. É um processo por etapas, que compreende um conjunto de atividades organizadas de sensibilização, informação, formação, apoio psicológico e social, e que se destina a ajudar a pessoa com diabetes e a família a compreender a doença e os tratamentos, a colaborar nos cuidados e a responsabilizar-se pelo seu estado de saúde, favorecendo a sua autonomia. A capacitação para a saúde é a principal estratégia para a gestão eficaz na doença crónica (Direcção-Geral da Saúde, 2000a)

Tendo em conta o diagnóstico de situação identificado, os problemas priorizados; os objetivos definidos; as metas propostas; definiram-se as seguintes estratégias /intervenções:

- Envolvimento da equipa multidisciplinar, médicos e enfermeiros, que estão diretamente ou indiretamente responsáveis pela consulta de diabetes, estabelecendo um bom relacionamento entre todos os elementos da equipa, de modo a aumentar o sentimento de pertença e de envolvimento neste projeto;
- Estabelecimento de parcerias com outros setores ligados a saúde, nomeadamente a indústria farmacêutica, no sentido de colaborar com material informativo e produtos de utilização nos cuidados aos pés, a oferecer aos participantes nas sessões de educação, com vista a promover o bem-estar e a motivação dos mesmos;

- Promoção do *empowerment* individual e em grupo, dos utentes selecionados, tendo em conta a sua vontade e tomada de decisão, as suas necessidades e prioridades de aprendizagem, assim como a gestão personalizada da sua doença;
- Planeamento e implementação do processo de intervenção educacional em grupo - educação para a saúde – através de uma ferramenta de educação pedagógica designada por “Mapa de Conversação”, dirigida aos utentes que fazem parte da amostra populacional;
- Divulgação do projeto de intervenção na UCSP – “Mapeando pés – Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2”.

Os “mapas de conversação” são uma ferramenta de educação pedagógica cientificamente testada, construída pela Lilly Diabetes e desenvolvida pela Healthy Interactions Inc, em conjunto com a Federação Internacional de Diabetes-Europa. Apresenta como objetivo principal: envolver pequenos grupos de pessoas com diabetes, numa conversa informal e de partilha, onde se constrói uma aprendizagem acerca da doença e tudo o que a envolve. Neste contexto, irá ser abordado o Mapa “Diabetes e o Cuidado com os Pés” (Anexo 4).

Esta ferramenta de educação pedagógica permite às pessoas exporem as suas questões sobre a doença, possibilitando que haja aquisição de conhecimento e experiência através da partilha dos pares. O seu carácter interativo e dinâmico contribui para ajudar retardar a progressão e impacto da doença, de acordo com os seus princípios orientadores, através da reprodução de situações do dia-a-dia de uma pessoa com diabetes. Para além disso, permite que a pessoa expresse as suas opiniões, oiça e comente a opinião das restantes pessoas. Outra mais-valia dos mapas de conversação é a experiência de aprendizagem verbal e visual interativa que estes permitem, o que facilita a assimilação dos conhecimentos.

Na utilização deste recurso de educação para a saúde é necessária alguma agilidade por parte do facilitador responsável pela condução da sessão, que previamente deverá ter formação específica nesta metodologia. É ainda fundamental a existência de um ambiente propício à aprendizagem, através da criação de elos de ligação entre assuntos, opiniões e pessoas.

O facilitador tem um papel muito importante na promoção de um ambiente positivo e descontraído, de forma a proporcionar um processo de aprendizagem divertido. Outro aspeto importante nestas sessões é a capacidade que estas têm de pôr as pessoas a refletir acerca dos seus comportamentos, o que contribui para a mudança dos mesmos e consequentemente um melhor controlo da diabetes. Esta metodologia pode ser aplicada em todas as pessoas, sem limite de idade ou literacia em saúde, visto que foi elaborado para ser muito visual e intuitiva (Healthy Interactions Inc., 2009).

2.5. Preparação Operacional e Implementação

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) as estratégias são concretizadas através das atividades, e um conjunto de atividades pode definir-se como um projeto, que decorre num delimitado período de tempo. A escolha das atividades desenvolvidas relacionou-se com as características temporais do projeto, com as propostas da equipa de saúde da UCSP e com a possibilidade de utilizar uma ferramenta pedagógica que possibilita uma abordagem dinâmica, facilitadora de comunicação e resolução de problemas, incentivando a interação dos participantes.

Assim, foram pensadas e planeadas Sessões de Educação para a Saúde em grupo. por ser uma técnica com inúmeras vantagens, dentre as quais se destacam: a promoção da interação entre os participantes; estimulação da aprendizagem e convívio; rentabilização do tempo e a partilha de experiências e de competências. As sessões de educação para a saúde são atividades realizadas por profissionais com o objetivo de promover a saúde, sendo que os enfermeiros são os veículos que capacitam as pessoas para atingir níveis ótimos de saúde (Stanhope & Lancaster, 2011).

Considerámos importante que, para além da população alvo, também os familiares e pessoas representativas desta amostra populacional pudessem participar. Tendo em conta que neste tipo de sessões de educação para a Saúde, é aconselhável um limite de participantes, que poderá ser de 10 a 12 pessoas. planeámos quatro sessões de modo a envolver a amostra populacional e possíveis convidados. No entanto, pela necessidade de

focar competências na área dos cuidados aos pés, cada sessão será replicada, mas com um único tema- Diabetes e cuidados aos pés.

Durante as sessões de educação para a saúde e no percurso da utilização do “Mapa de Conversação”, na temática “observando os pés”, foi discutido com o grupo de participantes, a forma mais correta de visualização do pé, ajudando na identificação de sinais de alerta, como calosidades, pele desidratada, sinais de onicomicose e alteração e ou diminuição de sensibilidade dos membros inferiores e na presença dos mesmos foi exposto como intensificar os auto cuidados, salientando em que momento deveria ser contactado os profissionais de saúde. No tema “limpando e cuidando dos pés”, foram partilhadas ações preventivas e orientações do modo mais adequado de realizar a higiene e a hidratação dos pés e os cuidados a ter com as unhas. Na bordagem do tema “Proteja os pés”, foi enfatizada a importância da realização da proteção do pé, com recurso a calçado e meias adequadas. Foi alertado também o fator de proteção solar para uso a nível dos membros inferiores e pés. Seguindo o percurso do mapa de conversação foi focado o tema “No consultório médico ou na clínica dos pés”, havendo aqui a oportunidade de realçar a importância da presença da equipa de saúde com conhecimentos especializados desta área, no sentido de se precaver um rastreio seguro e avaliação concreta de alterações referenciadas pelas pessoas com diabetes. O plano de sessão do programa de educação para a saúde encontra-se em apêndice 8.

Segundo a recomendação de Tavares (1990) no que concerne à descrição das atividades, estas devem ser especificadas de acordo com a atividade, participantes, local e data, descrição, objetivos e avaliação, conforme apêndice 9. As atividades programadas seguiram o plano previsto no cronograma de atividades (apêndice 10), que pretende ser um instrumento facilitador na abordagem e identificação das atividades desenvolvidas, assim como na contextualização temporal do desenvolvimento das mesmas.

2.5.1. Previsão de recursos

Tavares, menciona que “a identificação dos recursos humanos, materiais e financeiros é essencial nesta fase, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento “ (Tavares, 1990, p.71).

Os recursos humanos, são “as pessoas que estão envolvidas na implementação do projeto, e cada uma possui a sua função e responsabilidade” (Schneider & Flach, 2017, p.23). De facto, surge como essencial otimizar este tipo de recurso, pois trará benefícios no que se refere à satisfação profissional e motivação dos intervenientes no projeto (Tavares, 1990).

Os recursos materiais, são definidos como “materiais de consumo e/ou equipamentos permanentes necessários para a execução do projeto” (Schneider & Flach, 2017, p.24).

Neste sentido, foi planeada a previsão de recursos necessários para a execução e desenvolvimento das atividades:

Recursos humanos:

- Enfermeira Mestranda;
- Enfermeiro responsável pela consulta de enfermagem;
- Enfermeira Orientadora do estágio;
- Enfermeira Coordenadora da UCSP;
- Restantes elementos da equipa multidisciplinar da UCSP -Enfermeiros e Médicos.

Recursos materiais:

- Material de escritório utilizado na elaboração dos convites, cartazes e material de leitura providenciado nas diversas sessões (folhas de papel A4, canetas, blocos, toner);

- Folhetos com literatura informativa acerca das ideias-chave dos conteúdos abordados na sessão educativa;
- Poster com divulgação do plano das Sessões de Educação (apêndice 11);
- Recursos audiovisuais: computador, impressora, fotocopadora, *data show*, tela, *pen-drive*;
- “Mapas de Conversação”;
- Produtos alimentares e material de refeição descartável;
- Espaço para realização das sessões: sala de formação da UCSP.

Na elaboração de um projeto de intervenção, a determinação dos recursos financeiros deve estar alinhada com os restantes recursos utilizados (materiais e humanos), constituindo um aspecto relevante do processo pois considera-se que o orçamento é a previsão de todas as despesas necessárias para a realização de um projeto (Schneider & Flach, 2017). Neste sentido é apresentada uma tabela em apêndice (apêndice 12) com referência às estimativas de custos associados a este projeto de intervenção na comunidade.

No que diz respeito ao envolvimento dos recursos humanos, consideramos que esta metodologia de ensino-aprendizagem proposta sendo interativa, favorece o envolvimento e o desenvolvimento de competências das pessoas e são adaptadas ao público alvo de cada sessão e aos objetivos de aprendizagem. De salientar que a utilização desta metodologia (“Mapas de Conversação”) vai ao encontro de um desejo manifestado pela equipa desta UCSP, pelo que contamos com o trabalho de parcerias estabelecidas dentro da própria unidade de saúde, e com a participação ativa de cada membro da equipe. Ainda no mesmo sentido, e para garantir o envolvimento de todos, procedeu-se a diversos requisitos formais, tais como:

- Reuniões formais com a enfermeira responsável pela formação em serviço da UCSP de modo a agilizar contatos com a Comissão de Ética da ARSLVT e Direções Clínicas do ACES-Arrábida no sentido de solicitar pedidos de autorização de recolha de dados e posterior implementação do projeto;

- Reuniões com a Enfermeira coordenadora da UCSP a solicitar autorização de utilização de recursos materiais desta unidade.

Pedido de autorização formal à direção do ACESA, para solicitar autorização na distribuição de material fornecido pela indústria farmacêutica relacionado com cuidados aos pés , (Apêndice 13). Face à legislação em vigor, foi submetido o pedido de autorização na plataforma do INFARMED,I.P., conforme anexo 5 (Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 5/2017. Diário da República, 2017). Até à data da redação do presente relatório, não houve qualquer resposta por parte desta entidade.

Nesta fase de planeamento de recursos, é essencial envolver diversos parceiros, tendo estes um papel importante na agilização das atividades e consequentemente no sucesso do projeto. Assim, foram contactados alguns laboratórios que têm relação no âmbito educacional na área da diabetes, propondo-lhes apoio em material educativo que estivesse relacionado com a educação das pessoas com diabetes no autocuidado aos pés.

Deste modo foi concretizado a oferta de alguns produtos que puderam ser convertidos em Kit de oferta para cada utente: saco/mochila, lima de cartão, creme hidratante/creme com 10% ureia, folhetos específicos sobre cuidados aos pés e sobre a importância do controlo metabólico da diabetes. Nesta fase, por ainda não haver qualquer resposta por parte do Infarmed, em todos os produtos distribuídos e que tivessem alguma referência que identificasse os laboratórios, foi anulada a respetiva identificação com rótulos oclusivos.

Também com parceria da indústria, e tendo como estratégia de promoção da dinâmica entre pares, foi possível a oferta no final de cada sessão, de um lanche para todos os participantes pretendendo que este momento pudesse contribuir para desenvolver um espaço de partilha e reflexão sobre a importância da adesão a comportamentos de vigilância e autocuidados a ter com os pés.

Os enfermeiros ao trabalharem em parceria com diversas entidades, garantem a criação de meios eficazes para o desenvolvimento de intervenções, pois existe o envolvimento

ativo da comunidade e podem apoiar-se nas forças que a mesma possui (Stanhope & Lancaster, 2011).

2.6. Planeamento de Monitorização e Avaliação

No planeamento de monitorização e citando Imperatori & Giraldes, podemos referir que “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, através dos quais é possível conhecer a realidade e medir os resultados alcançados (Imperatori & Giraldes, 1993, p.178).

Avaliação é a “apreciação dos efeitos de uma atividade organizada ou programa” (Stanhope & Lancaster, 2011, p.381). A avaliação deve ser precisa e pertinente tem como função determinar o grau de sucesso na obtenção de determinado objetivo (Tavares, 1990). Segundo o mesmo autor existem dois tipos de indicadores: de processo que quantificam as atividades realizadas, e os de resultado que traduzem as alterações verificadas, pelo que a avaliação do projeto advém dos resultados obtidos através dos indicadores definidos.

Neste sentido foram definidos **indicadores de estrutura e processo**, para as sessões de educação para a saúde que permitiram uma avaliação contínua ao longo da execução de projeto e pretendem medir a atividade desenvolvida pelos profissionais ou serviços de saúde. De modo a revelar os resultados dos indicadores descritos foi efetuada a tabela 10 com a avaliação, verificando-se que foram alcançadas as metas estabelecidas.

Tabela 10- Indicadores de processo

Indicadores de processo-Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde – Diabetes e Cuidados aos pés					
Meta	Indicador de Processo	14 nov. 10/12.30h	21 nov. 10/12.30h	21 nov. 14/16.30h	28 nov. 10/12.30h
Que 80% dos utentes inscritos na sessão devem estar presentes	Taxa de adesão. Nº de utentes presentes na sessão/Nº de inscritos na sessão x100	100%	80%	80%	60%
Que 80% dos utentes nas sessões consideram importante a informação partilhada	Taxa de utentes que consideram importante a informação Nº de utentes que consideram a informação importante/Nº de utentes na sessão x100	100%	100%	100%	100%
Que 70% dos utentes consideram a metodologia utilizada (mapas, o número de participantes e o local) adequados.	Taxa de utentes que consideram a metodologia adequada Nº de utentes que consideram a metodologia utilizada adequada/Nº de utentes presentes na sessão x 100	100%	100%	100%	100%
Que 100 % das sessões de educação para a saúde planeadas devem ser realizadas	Taxa de execução Nº sessões realizadas/nº ações planeadas x100	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborado pela mestranda

Como se pode verificar na tabela, todas as metas propostas foram atingidas e superadas em todas as sessões, excetuando a sessão de 28 novembro em que dos 80% dos inscritos que deveriam estar presentes na sessão, apenas 60% compareceu. Tal facto foi devido a problemas de saúde de 6 utentes que condicionou a possibilidade de se deslocarem à UCSP e de 1 por ausência do local de residência. Assim sendo, da amostra inicial de 39 utentes, estiveram presentes 32, distribuídos nas 4 sessões de educação para saúde realizadas. É de realçar que em todas as sessões realizadas estiveram presentes familiares dos utentes da população alvo, que tiveram uma participação ativa.

Relembrando os objetivos definidos para o projeto de intervenção, este teve como objetivo geral “Capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo

2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético, seguidos em consulta de enfermagem de Diabetes na UCSP”. Como objetivos específicos, o projeto pretendia “Avaliar e registar risco para úlcera de pé diabético, de acordo com a Norma N°5 da DGS de 2011; avaliar a importância auto percebida do autocuidado aos pés e aumentar os conhecimentos relativamente ao autocuidado aos pés das pessoas envolvidas no projeto. Para avaliar o projeto de intervenção foram estabelecidos **indicadores de resultado** (tabela 11), tendo em conta os objetivos operacionais estabelecidos inicialmente. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), os indicadores de impacto ou resultado, determinam as alterações verificadas num determinado problema de saúde, logo permitem reconhecer se os objetivos delineados foram atingidos.

Tabela 11 - Indicadores de resultado

Meta	Indicador de Impacto ou Resultado	Resultados	Avaliação
Que 100% das pessoas que fazem parte desta amostra tenham avaliação e registo de risco para úlcera de pé diabético, de acordo com a Norma N°5 da DGS de 2011	Taxa de participantes que tenham avaliação e registo de risco para úlcera de pé diabético Nº participantes que tenham avaliação e registo de risco para úlcera de pé diabético/Nº de participantes x100	100%	Atingido
Que 70% das pessoas da amostra, que frequentaram as sessões, identifiquem a importância do autocuidado aos pés, como uma das condições necessárias para a prevenção de lesões	Taxa de participantes que identifiquem a importância do autocuidado aos pés Nº participantes que identifiquem a importância do autocuidado aos pés, como uma das condições necessárias para a prevenção de lesões/Nº participantes x100	100%	Atingido
Aumentar a média de melhoria em 70% nos parâmetros identificados como défice de autocuidados	Taxa de melhoria média global no conjunto dos parâmetros analisados Média de percentagem de aumento dos parâmetros identificados como défice de autocuidado	92.3%	Atingido

Fonte: elaborado pela mestranda

Assim, para avaliar a primeira meta, que 100% das pessoas que fazem parte desta amostra tenham avaliação e registo de risco para úlcera de pé diabético, foi avaliado o risco de úlcera de pé diabético e efetuado respetivo registo em Sclinico, a todos os participantes no projeto.

Para avaliar a segunda e terceira metas, de modo a contribuir para uma avaliação mais objetiva deste projeto, em termos de resultados de impacto, optou-se por se repetir a aplicação do instrumento de colheita de dados utilizado inicialmente, focando apenas o grupo III , V e VI cujos resultados estão diretamente relacionados com a prática do autocuidado e dos conhecimentos adquiridos.

No entanto é importante analisar mais pormenorizadamente cada grupo de respostas para uma melhor compreensão de como estas metas foram alcançadas.

O grupo III, avalia a prática dos autocuidados aos pés, permite dar resposta à terceira meta. Assim, ao longo da apresentação dos gráficos, verificamos que houve aumento do número de participantes que aderiram à prática de determinados cuidados, definidos nas diferentes variáveis, obtendo-se melhores resultados de adesão.

De acordo com o gráfico 13, 84% dos inquiridos (n=27) observam a região plantar vários dias por semana e 16% (n=5) das pessoas referem ter feito a observação, diariamente. Em comparação aos dados recolhidos na fase de diagnostico (gráfico 3), constatamos que foram eliminadas algumas hipóteses de resposta, como por exemplo a observação plantar de “uma a duas vezes por mês”, o “nunca” e “uma vez por semana”, o que traduz ganho de competências e de adesão ao autocuidado.

Gráfico 3 - Observação plantar. (I)

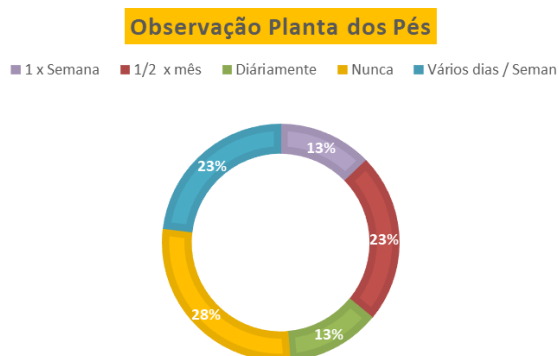


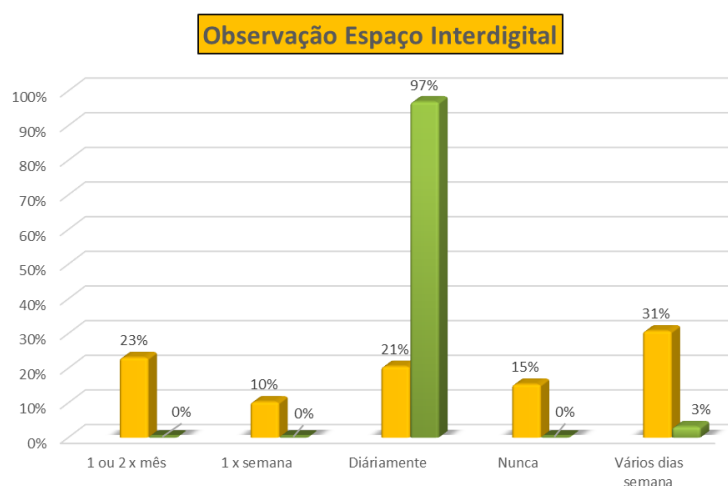
Gráfico 13 - Observação plantar. (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

No gráfico 14 e em termos de comparação, verifica-se também grande melhoria na prática de auto cuidados referidos, pois 97% (n=31) dos participantes referem que passaram a observar o espaço interdigital diariamente, anulando por completo (valor percentual de 0%) nas avaliações com prazos mais alargados (1/2 mês; 1x semana; nunca).

Gráfico 14- Observação do espaço interdigital



Fonte: elaborado pela mestranda

No que diz respeito à lavagem regular dos pés (gráfico 15), 97% (n=31) dos participantes refere que passou a ser uma prática diária, verificando-se aqui um ganho percentual significativo do número de pessoas com melhor pratica de cuidados.

Gráfico 5 - Lavagens Pés. (I)

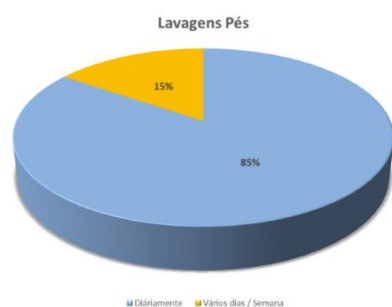
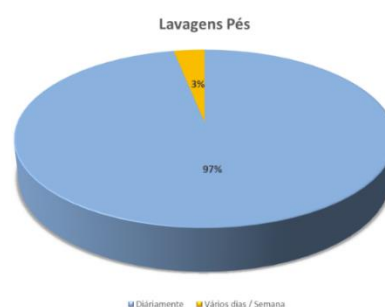


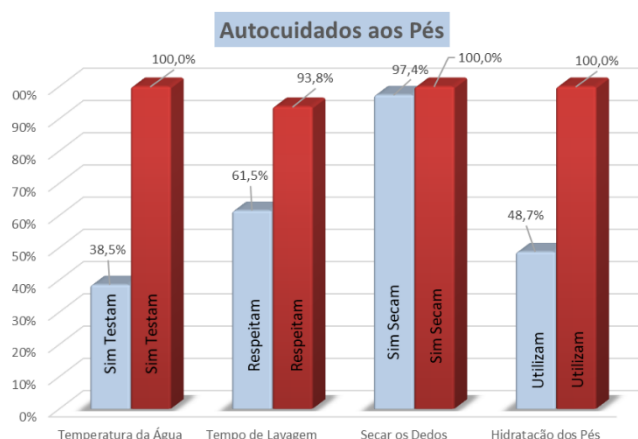
Gráfico 15- Lavagens pés. (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

De forma semelhante, se conclui que em relação à prática de cuidados relacionada com a higiene dos pés (gráfico 16), e no que diz respeito ao testar a temperatura da água, verifica-se que 100% (n=32) das pessoas o fazem, em relação ao tempo de lavagem a totalidade da amostra não coloca os pés de molho mais que 10 minutos e quanto à secagem dos espaços interdigitais assim como na questão da hidratação dos pés, verifica-se que todos os elementos da amostra respondem afirmativamente à questão, revelando boas práticas de autocuidado.

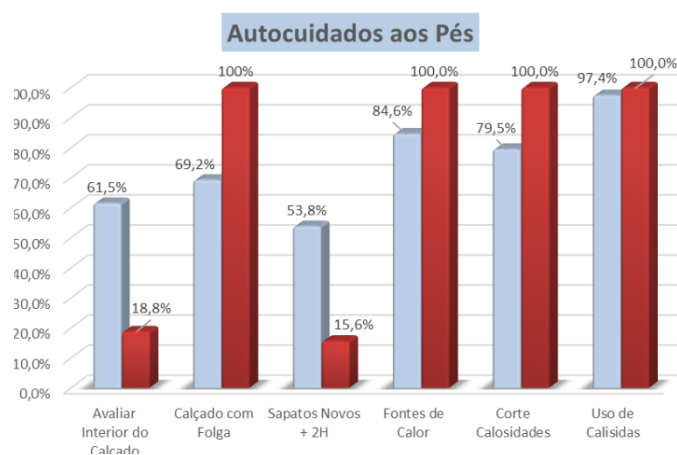
Gráfico 16- Autocuidados aos pés. (III)



Fonte: elaborado pela mestranda

O gráfico 17, representa a prática de cuidados relacionada com o calçado, e aqui também merece a nossa atenção, a melhoria conseguida na prática de cuidados referida pelos nossos participantes. Apenas 18.8% (n=6) das pessoas não inspecionam o calçado antes de o usar e 15.6% (n=5) pessoas utilizam os sapatos novos mais de 2 horas por dia. Nas restantes questões, relacionadas com calçado com folga, aproximação de fontes de calor, corte de calosidades e lavagem dos pés com água muito quente, verifica-se um valor de 100% (n=32) de prática de autocuidado adequada.

Gráfico 17 - Autocuidado aos pés. (IV)



Fonte: elaborado pela mestranda

Os gráficos 8 e 18 comparam os resultados que foram referidos na primeira fase de diagnóstico e os que resultaram da aplicação do questionário, após as sessões de educação para a saúde e que retratam a prática de cuidados relacionada com o corte das unhas. Parece ser agora do conhecimento geral o corte adequado das unhas, tendo havido um valor percentual de 100% (n=32) de todos os inquiridos.

Gráfico 8 - Auto cuidado dos pés.
Corte das unhas. (I)

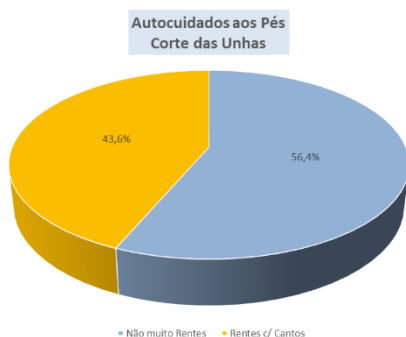
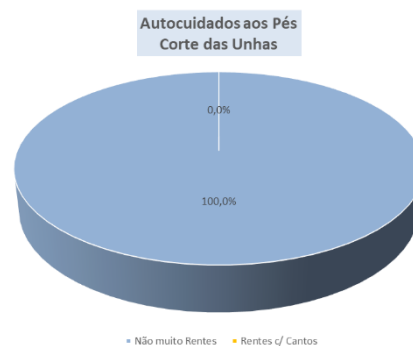


Gráfico 18- Auto cuidado dos pés.
Corte das unhas. (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

Através da análise dos gráficos 9 e 19 é possível concluir que quanto à prática de cuidados relacionada com os problemas que surgem comparativos entre a fase do diagnóstico e a fase de avaliação, o auto cuidado passou a ser uma prática utilizada apenas por 9.4% (n=3) dos inquiridos, sendo que 90.6% (n=29) recorrem a cuidados especializados dos profissionais de saúde, quando têm algum problema que não melhora em poucos dias.

Gráfico 9 - Autocuidado dos pés. Resolução dos problemas. (I)

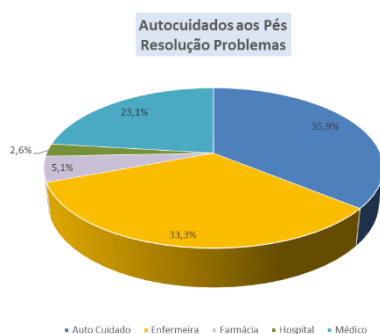
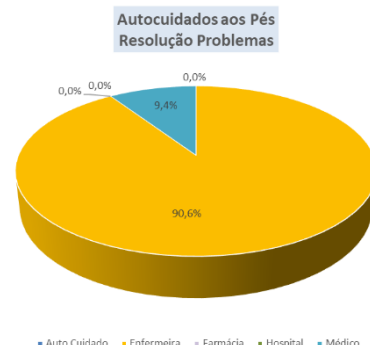


Gráfico 19- Autocuidado aos Pés.
Resolução de problemas. (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

Na resolução de problemas com os pés, foi enfatizada a necessidade de acompanhamento por profissionais de saúde para a realização de vigilância e decisão atempada na presença de alterações sensoriais/circulatórias e morfológicas referidas pelas

peessoas com diabetes e parece que ficou evidente por parte dos participantes, que deve ser evitado o auto cuidado, cumprindo sempre a procura de profissionais de saúde, no sentido de se agilizar orientação adequada e segura.

É possível verificar que houve uma mudança significativa da **prática de cuidados** com exceção na questão imposta da observação da região plantar em que apenas obtivemos um valor de melhoria de 23%.(n=7) No entanto houve um incremento muito significativo na frequência de “varias vezes por semana”.

No que diz respeito à importância do teste da **temperatura da água** de lavagem dos pés tivemos um resultado inicial de 38.5% (n=12) dos inquiridos e após intervenção educacional obtivemos uma melhoria percentual de 160, terminando com um valor de 100% (n=32) dos inquiridos.

Na utilização de **creme hidratante**, considerada como boa prática de autocuidado, inicialmente apenas 48.7% (n=16) da amostra referiram essa prática e na segunda aplicação de questionário todos os elementos da amostra assumiram o cumprimento desse auto cuidado, pelo que se obteve uma melhoria de 105%.

No respeitante ao **corte das unhas** constatamos inicialmente que havia uma percentagem significativa de 43.6 (n=14) de pessoas que referiram prática de corte desajustado das unhas e segundo os dados atuais nenhum dos participantes detém esta prática, obtendo desta forma uma melhoria de 100%.

Na questão relacionada com a **resolução de possíveis problemas** obtivemos uma progressão de 35.9% (n=11) de inquiridos que referiram que faziam autocuidados na tentativa de resolverem um possível problema nos pés, para um resultado de apenas 9.4% (n=3) dos que ainda assumem recorrer a esta prática, representando uma redução significativa o que traduz uma melhoria de 74%.

Para avaliação do resultado/impacto deste projeto no que diz respeito aos parâmetros identificados na fase do diagnóstico de saúde e que traduziam o défice de autocuidado relacionado com a prática de cuidados, foi feito uma análise dos resultados de melhoria

no autocuidado que estão esclarecidos na tabela 12. Na análise, recorreu-se ao cálculo através do programa Excel.

Tabela 12 - Análise dos resultados de melhoria

Défi ce de Autocuidado	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Melhoria Percentual
Observam a região plantar diariamente	13%	16%	+23%
Testam previamente água da lavagem dos pés	38.5%	100%	+160%
Utilizam creme hidratante	48.7%	100%	+105%
Cortam as unhas rentes, incluindo os cantos	43.6%	0%	-100%
Quando têm algum problema nos pés, fazem autocuidados	35.9%	9.4%	-74%
Média Percentual de Melhoria			92.3%

Fonte: elaborado pela mestranda

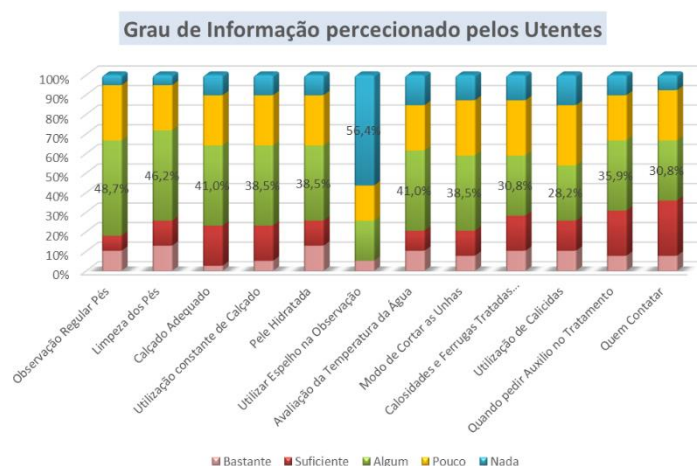
Deste modo obtivemos uma média percentual de melhoria **global de 92.3%**, no conjunto dos parâmetros analisados e consideramos desde já que está justificada com êxito a terceira meta proposta: **“Aumentar a média de melhoria em 70% nos parâmetros identificados como défi ce de autocuidados”**.

No **grupo V** é avaliado o **grau de informação percecionado** e em comparação aos dois gráficos pode-se verificar que houve um ganho de informação, o que ressalta o papel dos profissionais de saúde neste contexto, em especial no envolvimento com as atividades de promoção de saúde e sobre as práticas preventivas do pé diabético.

Assim no que se refere à informação obtida pelas pessoas, relativamente aos cuidados a ter com os pés, podemos constatar no gráfico 20 que houve um resultado de melhoria muito significativo, sendo que os participantes responderam que possuíam bastante informação, em todas as variáveis propostas, com níveis superiores a 90%, sendo possível prever que haverá uma mudança de comportamento no autocuidado, assim como houve

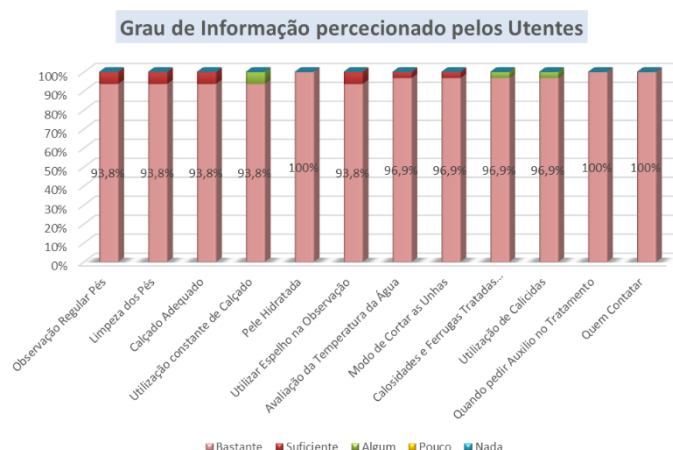
uma consciencialização da informação fornecida pelos profissionais de saúde com tradução em conhecimentos sobre a importância dos cuidados aos pés,

Gráfico 10 - Grau de informação percecionado pelos utentes. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

Gráfico 20- Grau de informação percecionado pelos utentes. (II)

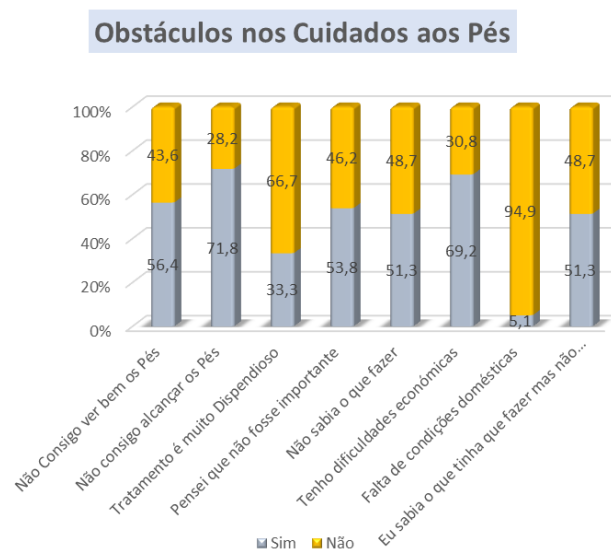


Fonte: elaborado pela mestranda

No **grupo VI** foram avaliados os **obstáculos** que a pessoa com DM2 encontra para cuidar dos seus pés, sendo que dos resultados explanados nos gráficos 11 e 21, em termos comparativos, verificou-se que das 8 variáveis que a constituem e que avaliam os

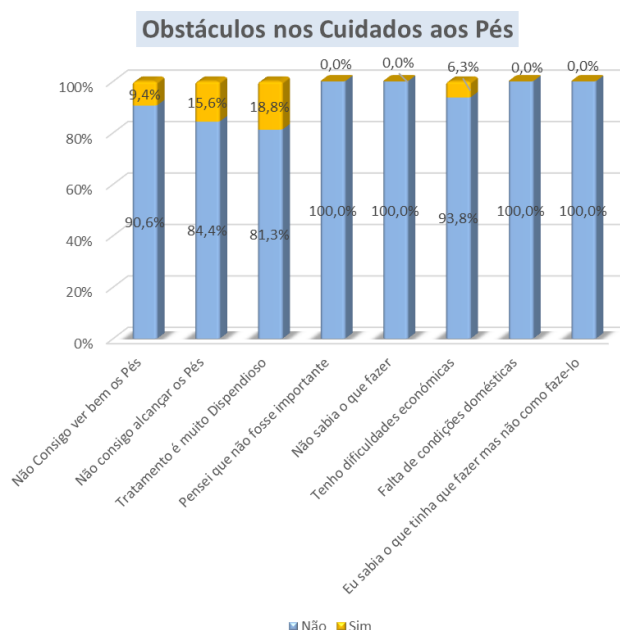
possíveis obstáculos que condicionam os autocuidados aos pés, no sentido de os proteger e de detetar precocemente alguma alteração /lesão, todas tiveram uma percentagem de melhoria ,assim como no conhecimento que assumem ter no modo como podem melhorar a execução do mesmo. No que diz respeito à primeira e segunda variável, a percentagem de melhoria deve-se às habilidades partilhadas nas sessões de educação, que tiveram como intuito, dar informação relevante que facilitou a autonomia nos cuidados, como por exemplo o uso do espelho e a escolha de locais bem iluminados nos momentos de observação/cuidados aos pés. Destaca-se a percentagem de melhoria significativa na importância do autocuidado, passando de um valor de 53.8% (n=17) para um valor percentual de 100 (n=32) dos inquiridos a **reconhecerem o auto cuidado** aos pés como importante na prevenção de possíveis lesões a nível do pé.

Gráfico 11 - Obstáculos nos cuidados aos pés. (I)



Fonte: elaborado pela mestranda

Gráfico 21- Obstáculos nos cuidados aos pés. (II)



Fonte: elaborado pela mestranda

Estes resultados permitem justificar os objetivos a que nos propusemos assim como dar resposta positiva à segunda meta sugerida : **“Que 70% das pessoas da amostra, que frequentaram as sessões, identifiquem a importância do autocuidado aos pés, como uma das condições necessárias para a prevenção de lesões.”**

Neste projeto, também foi avaliado o **grau de satisfação** dos participantes nas sessões de educação para a saúde, face à pertinência das atividades desenvolvidas, no âmbito dos cuidados aos pés. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 192), “a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao fator interpessoal, (...) a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia diretamente a adesão do utente”.

Para tal, foi aplicado um questionário de avaliação da sessão (apêndice 14), em todas as atividades realizadas, por todos os participantes. As respostas obtidas, são apresentadas na tabela 13 e revelam que os participantes consideraram as temáticas abordadas importantes e que foram de encontro as suas necessidades de conhecimento.

Tabela 13 -Respostas do questionário de satisfação em relação à sessão

Questões	Respostas					
	Não concordo		Concordo		Concordo totalmente	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
O tema apresentado foi ao encontro das suas necessidades de conhecimentos.	0	0%	0	0%	32	100%
A informação transmitida foi a suficiente tendo em conta o tema em questão.	0	0%	8	25%	24	75%
O profissional de saúde/formador foi claro na apresentação dos conteúdos	0	0%	0	0%	32	100%
O profissional de saúde/formador motivou-o e incentivou-o a participar.	0	0%	0	0%	32	100%
O profissional de saúde/formador demonstrou ao grupo a aplicação prática dos conteúdos.	0	0%	12	37.5%	30	93.8%
O profissional de saúde/formador demonstrou interesse pelas dificuldades dos participantes.	0	0%	0	0%	32	100%
Os suportes pedagógicos (folhetos, Mapa de Conversação) utilizados foram adequados.	0	0%	0	0%	32	100%
A duração da sessão foi adequada.	0	0%	2	6.3%	30	93.8%

Fonte: elaborado pela mestrandia

Fazendo uma análise dos resultados conseguidos após esta intervenção comunitária, podemos concluir que se conseguiram resultados bastante satisfatórios suportando a concretização dos objetivos e metas fixados inicialmente, que foram superados e alcançados. Ficou demonstrado também o sucesso das atividades planeadas e realizadas. Deste modo, consideramos que, foi possível contribuir para a capacitação e a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético, da população alvo. Esta contribuição manifestou-se através de um plano de ação, onde foram cumpridas várias atividades de enfermagem que validaram aumento de conhecimentos, no que diz respeito aos cuidados a ter com os pés.

No entanto salientamos que, no que se prende com os indicadores de impacto ou resultado e tendo em conta o período limitado de intervenção, estes refletem apenas a evolução registada do ponto de vista dos resultados evidenciados no questionário de conhecimento sobre o autocuidado aos pés, aplicado nas consultas de enfermagem

programadas para o efeito, visto que a alteração de comportamentos requer uma intervenção mais prolongada e contínua, no entanto poderá ser avaliada ao longo do tempo, nas consultas de enfermagem, nas quais estes doentes são habitualmente referenciados e monitorizados.

Num estudo realizado por Oliveira et al (2016) pode-se constatar a contribuição dos enfermeiros na prevenção do pé diabético, visto que os achados mostram que esses profissionais realizam orientações pertinentes e condizentes com a literatura acerca dos cuidados que as pessoas com DM devem adotar para diminuir o risco de desenvolver lesões em seus pés. O que colabora com a prevenção do pé diabético e com a redução dos impactos negativos da referida doença crónica sobre a sua qualidade de vida. Além disso, também foi evidenciado que a maioria dos profissionais de enfermagem que compõem este estudo realiza o exame dos membros inferiores dos pacientes diabéticos frequentemente, o que diminui os riscos em desenvolver lesões. Ressalta-se ainda que as atividades de educação em saúde, apresentadas neste estudo, constataam que os enfermeiros, além de exercerem o cuidado voltado para a assistência de enfermagem, têm inerentes na sua profissão o papel de educador, promovendo atividades de educação em saúde que propiciam a prevenção do pé diabético e a promoção da saúde; além de serem instrumentos fundamentais para motivar as pessoas com DM a terem atitudes positivas em relação a sua saúde e a serem protagonistas do seu cuidado (Oliveira et al., 2016)

3. REFLEXÃO SOBRE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O mestrado da área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública propõe-se contribuir para o desenvolvimento das competências que permitam ao enfermeiro especialista assumir “... um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.” (Regulamento n.º 128/2011 de 18 de Fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República - 2.ª série — N.º 35, 2011,p.8667).

Neste contexto e no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação – Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública foi desenvolvido o estágio, dividido em dois períodos de tempo – Estágio I e Estágio final, sendo defendido, que “é durante o desenvolvimento de competências em estágio, os estudantes consolidam a sua identidade profissional”. Também se assume, que “deve representar para cada estudante um processo de aprendizagem, que implica a aquisição e consolidação dos conhecimentos e competências de especialista e o aperfeiçoamento da capacidade de raciocínio e resolução de problemas” (Caldeira et al., 2018).

Consideramos que, a Metodologia de Planeamento em Saúde e a utilidade do enquadramento teórico de Dorothea Orem, que proporciona a visão do fenómeno da enfermagem permitindo que as enfermeiras juntamente com o indivíduo implementem ações de autocuidado adaptadas de acordo com as suas necessidades, de maneira que a relação de ajuda promova o exercício do autocuidado, ambas proporcionaram uma satisfatória aquisição de competências relacionadas com a especialização em enfermagem comunitária.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista no campo de intervenção que desenvolve a responsabilidade profissional, ética e deontológica, o desenvolvimento deste trabalho de projeto foi um contributo para a tomada de decisão ética numa situação específica de intervenção numa determinada população, que evidenciou um exercício profissional seguro, com avaliação satisfatória do processo e dos resultados conseguidos. Na promoção das práticas de cuidados que respeitam os direitos

humanos e as responsabilidades profissionais, foi assegurada esta competência desde o planeamento ao desenvolvimento do projeto. No domínio da melhoria continua da qualidade este projeto de intervenção, com base no planeamento em saúde, permitiu a análise de um contexto comunitário, o planeamento estratégico para a resolução do diagnóstico de situação, a definição de indicadores e metas para alcançar resultados que traduziram um processo de melhoria continua integrada na prática profissional. Este processo, foi proactivo pois promoveu sessões de educação para saúde que envolveu uma amostra de população, com ganhos em conhecimentos para a gestão da sua doença.

A competência da gestão dos cuidados, relaciona-se com as competências ao nível da Metodologia de Planeamento em Saúde e no enquadramento teórico da prática de enfermagem, o que orientou a estratégia da educação para a saúde as atividades realizadas, permitindo capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético.

Ao nível do autoconhecimento e a assertividade, o desenvolvimento de todo este processo educativo e académico, proporcionou seguramente uma reflexão profissional, que confirmou a necessidade do estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, com as devidas adaptações individuais e organizacionais, o que conduziu a tomada de decisão e ao progresso das intervenções que simplificaram os processos de aquisição de saberes e aprendizagens.

Outro aspeto particular das competências comuns, é a componente investigativa, a qual impõe que os processos de tomada de decisão e as intervenções, assentem em padrões de conhecimento que sejam válidos, atuais e pertinentes, pelo que foi com base nesta condição, que foi feita a pesquisa de competências e saberes atualizados, de modo a ajustar as estratégias e atividades com a maior eficiência e eficácia de atuação na prática profissional.

Também neste contexto de aquisição de competências na área da investigação e com base no estudo efetuado neste projeto de intervenção, foi construído um poster intitulado –“ Prevenir lesões nos pés de utentes com diabetes tipo 2 com medidas de capacitação” e apresentado e discutido em Colóquio Luso-Brasileiro sobre saúde, educação e

representações sociais, que decorreu em Évora de 28 a 30 de novembro de 2018 (apêndice 15). Foi também, efetuado um artigo científico, como meio de divulgar a investigação em enfermagem, cujo resumo se encontra no apêndice 16.

Relativamente as competências específicas, referidas no Regulamento n.º 128/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da OE, consideramos que foram conseguidas, abrangendo os objetivos previstos para o estágio. Utilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde, foi constituído um projeto de intervenção que permitiu um diagnóstico da situação da comunidade, estabeleceram-se prioridades em saúde e enunciaram-se objetivos e estratégias que vão de encontro às prioridades de saúde encontradas. Posteriormente foram monitorizados e avaliados os resultados da intervenção e consideramos que este processo permitiu capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético, os utentes que pertencem à nossa amostra populacional. Estes procedimentos enquadram-se na primeira competência específica estabelecida no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública- **“Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;”**.

A implementação deste projeto de intervenção, intitulado “Mapeando Pés-Prevenir lesões nos pés de utentes com Diabetes tipo 2”, é um instrumento que tem como competência a promoção da capacitação em saúde de um grupo de pessoas, e que pelas suas características facilitadoras de utilização e amplificação de educação em saúde, pode ser desenvolvido à restante comunidade. Assim foi apresentado o projeto à Unidade Coordenadora Funcional de Diabetes (UCFD) do agrupamento dos centros de saúde da Arrábida com esse objetivo, apresentando os resultados obtidos com as atividades desenvolvidas, disponibilizando formação necessária às varias equipas de enfermagem que estão distribuídas pelo ACESA, no sentido de motivar e de implementar este instrumento nos restantes centros de saúde onde exista consulta de enfermagem a pessoas com diabetes. Foi aceite por unanimidade pela equipa que constitui a UCFD. Esta decisão contribuiu também para dar resposta positiva, à segunda competência específica do

enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública- **“Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;”**.

Também, consideramos que este projeto de intervenção comunitária desenvolvido deu resposta à terceira competência específica,- **“Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.”** O objetivo geral deste projeto de intervenção é capacitar para a promoção do autocuidado das pessoas com Diabetes tipo 2, relativamente ao risco de úlcera de pé diabético. Este projeto, vai de encontro aos princípios orientadores do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 da DGS, ou seja, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva deve ser promovida a literacia e a capacitação das pessoas para que sejam autónomas e possuam a responsabilidade perante a sua saúde. “A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços” (Direcção-Geral da Saúde, 2015, p.21).

Outro princípio orientador deste Plano é a prevenção e o controlo da doença, com a intenção de “reduzir a carga da doença (Não transmissível e/ou Transmissível) e melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos, (...) pelo que as medidas para sua prevenção e controlo devem ser assumidas como uma prioridade em saúde pública” (Direcção-Geral da Saúde, 2015, p.20).

A diabetes pertence ao grupo das doenças não transmissíveis (DNT) e “o investimento na prevenção e melhoria do controlo das DNT vai contribuir para redução da carga de doença, a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida, o bem estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades” (Direcção-Geral da Saúde, 2015, p.20).

Neste sentido, a promoção da educação em saúde que foi desenvolvida em sessões de educação, surge como uma estratégia de promoção à saúde, na medida em que procura capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a refletir sobre as situações quotidianas vividas e experienciadas tanto a nível pessoal como na partilha com os pares, com consequente

impacto positivo sobre a aquisição de conhecimentos sobre a sua doença, de modo a capacitar e contribuir para comportamentos de autocuidado adaptados à sua condição de saúde.

Abrangido no Plano Nacional de Saúde, encontra-se o Programa Nacional de Controlo e Prevenção da Diabetes, cujo documento faz um ponto da situação sobre a Diabetes em Portugal e do que se está a fazer para prevenir e controlar a doença. A implementação deste projeto de intervenção, vai de encontro às metas de saúde a 2020 definidas no Programa Nacional para a Diabetes-2017, mais especificamente na participação dos seguintes objetivos: “- Participar em projetos/programas de prevenção da doença e promoção da saúde; promover as boas práticas no tratamento da DM; Reduzir as hospitalizações por complicações da diabetes; diminuir o número de amputações major por pé diabético” (Direção Geral da Saúde, 2017b, p.17).

Assim consideramos que através deste projeto de intervenção e com base nas diferentes etapas, desde o planeamento à implementação e respetiva monitorização das intervenções que envolveram a educação em saúde, é permitido certificar o impacto das mesmas nos comportamentos e conhecimentos dos participantes com possíveis ganhos em saúde e qualidade de vida.

Relativamente à aquisição de conhecimentos que estão integrados na quarta competência, **“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”**, acreditamos que foi alcançada, tendo em conta que foi realizado um estudo caracterizado como descritivo, quantitativo não experimental, através da aplicação de um questionário aos indivíduos com diabetes tipo 2, pertencentes a uma população de uma comunidade abrangida por uma UCSP, com o intuito de perceber os conhecimentos e as necessidades de saúde na prevenção das lesões a nível do pé diabético. Procedeu-se igualmente à pesquisa dos dados sociodemográficos que caracteriza esta população, dos indicadores, da incidência e prevalência da doença e das suas complicações tardias. Foi então desenvolvido um projeto de intervenção, com resultados em ganhos em saúde.

Durante o período de estágio, houve a oportunidade de participar ativamente em diferentes programas onde a vigilância epidemiológica adquire particular relevância,

nomeadamente no programa nacional de vacinação contra a gripe. “A vacinação é um direito e um dever dos cidadãos, participando ativamente na decisão de se vacinarem, com a consciência que estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar a cidadania. Vacinar é, portanto, também uma responsabilidade e um ato de solidariedade” (Direção Geral da Saúde, 2018, p.1).

“A vacinação constitui a mais importante das conquistas da humanidade. Em Portugal, a cobertura de vacinação na década de 1960 era pobre, muito deficiente, embora já se administrassem dezenas de milhares de vacinas. Em meados da década de sessenta começou a praticar-se a vacinação contra a poliomielite, que, em termos práticos, marca o início do Plano Nacional de Vacinação. Nos anos subsequentes foram agrupadas outras vacinas, tétano, difteria, tosse convulsa e varíola. Periodicamente foram acrescentadas outras, enriquecendo o universo e a cobertura da população de forma a podermos orgulhar-nos do nível e do tipo de cobertura, graças à capacidade organizadora e fiscalizadora das autoridades responsáveis, o que constitui a marca de uma indiscutível maioria (Direção Geral da Saúde, 2014).

Nesta situação foi também possível uma contextualização do sistema de registo e avaliação “Vacinas”, que tem como objetivo melhorar a eficiência da gestão da vacinação aos níveis local, regional e nacional, o que se revelou ser uma mais valia pelo facto de ter sido possível atualizar o esquema vacinal de todos os utentes aproveitando a oportunidade de presença dos mesmos, no cumprimento do programa vacinal sazonal da vacina da gripe.

Igualmente, houve um momento de participação em estágio de observação numa Unidade de Saúde Pública, que desenvolve um Plano Local de Saúde, com abrangência de 3 concelhos da área de abrangência do ACES desenvolvendo vários programas, desde a vigilância epidemiológica local, aos programas nacionais como a vacinação, saúde escolar, saúde oral, sendo que os resultados de todos os programas serão reportados para a Administração Regional de Saúde (ARS). Foi possível contextualizar a intervenção que esta equipa realiza na comunidade e muito especialmente o sistema de processo de referenciação. A articulação com as diversas entidades da comunidade é neste contexto muito

facilitador na resolução de problemas e na prestação de cuidados. De entre os vários programas destaca-se, pela sua abrangência e eficácia, um denominado -GAAISSS- Grupo de Análise, Avaliação, Intervenção de Situações Sociais e Saúde de âmbito distrital e tem a particularidade de ser constituído para além desta Equipa de Saúde Pública, por diversos setores e entidades representativas desde o poder local político – Município- na área da inserção social– a forças de segurança- Polícia de Segurança Pública e Proteção civil. A restante equipa é constituída por 1 elemento do Centro Social de Segurança Social, 1 Médico Psiquiatra mais 1 Assistente Social com ligação ao Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar da área de referência e por um elemento do Ministério Público. Esta experiência foi interessante, na medida em que permitiu adquirir conhecimentos que possibilitam novas competências de alerta e até de possível encaminhamento, em contexto profissional.

Por conseguinte, as políticas de saúde têm procurado envolver todos os cidadãos, de modo que os cuidados de saúde sejam centrados numa abordagem que conscientemente adota as perspetivas dos indivíduos, cuidadores, famílias e comunidades como participantes e beneficiários do sistema de saúde confiáveis, que respondem às suas necessidades e preferências de forma humana e holística. Os cuidados centrados nas pessoas também exigem que as pessoas tenham a educação e o apoio de que necessitam para tomar decisões e participar nos seus próprios cuidados. A enfermeira especialista em comunidade e saúde pública tem a oportunidade de ter um papel interventivo na capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização da sua própria saúde e também como gestor do Sistema de Saúde em programas e projetos de saúde comunitários.

“Os planos nacionais constituem bons e adequados guiões de conduta ou de orientação de forma a ajudar a equacionar e a promover políticas e condutas com vista a melhorar a saúde de um povo” (Direção Geral da Saúde, 2014).

Assim numa breve reflexão e tendo em consideração os ganhos e as competências adquiridas e demonstradas consideramos que o desenvolvimento deste trabalho de intervenção comunitária, está enquadrado nos regulamentos das competências comuns e es-

pecíficas do enfermeiro especialista. As bases teóricas concedidas durante o plano de estudo deste Mestrado, nomeadamente na área da Epidemiologia, Ética, Deontologia Investigação, Gestão e as Políticas em Saúde, foram enquadradas na aplicação das intervenções e na gestão da tomada de decisão nas diversas fases do planeamento do projeto em contexto de estágio, podemos assim assumir que foram estabelecidas e adquiridas competências as quais foram de encontro aos objetivos definidos para este mestrado:

- Demonstrar competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem;
- Iniciar, contribuir, desenvolver e disseminar investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- Ter capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- Realizar desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- Participar de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- Realizar análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- Evidenciar competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (Pires, 2018).

Igualmente consideramos que para além das competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, também durante este período foram desenvolvidas competências para atribuição de grau de mestre, o qual é considerado um grau académico e está legislado no Decreto-Lei n.º 63/2016 de 13 de setembro, Capítulo III, Artigo 15º.

Com base no referido decreto, o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- “ a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
- i) Sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidade;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo “ (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2016. p.3174).

Perante estes pressupostos e tendo em conta o desenvolvimento deste projeto de intervenção na comunidade, no qual se assume como um compromisso de dar respostas às necessidades de saúde de uma amostra populacional e possibilitar através da promoção da educação para saúde e a tomada de decisões eficazes, que promoveram a mudança de atitudes, práticas e comportamentos, necessários para um melhor conhecimento das potencialidades que cada indivíduo é capaz de desenvolver no auto cuidado, assumimos que integramos os requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre com a discussão pública deste relatório.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste projeto de intervenção “Mapeando Pés-Prevenir lesões nos pés de utentes com Diabetes tipo 2”, em contexto académico e em ambiente de estágio, teve em consideração, a Diabetes como doença global, pandémica e considerada também como responsável pelo elevado número de pessoas que se encontra em risco de desenvolver complicações tardias, sendo o pé diabético uma delas.

Neste contexto, consideramos que a prevenção e a boa gestão da doença fazem parte do sucesso do controlo da doença, sendo que o objetivo de um plano de prevenção para além da identificação das pessoas com potencial risco, tem também o propósito de implementar um programa de cuidados a ter com os pés, a fim de proporcionar cuidados adequados e muito especialmente a valorização da educação dos cuidados de prevenção.

Neste sentido, demos relevo à educação para saúde considerando-a parte integrante da prevenção, cujo objetivo é modificar o comportamento do autocuidado da pessoa com diabetes, a fim de aumentar a adesão aos cuidados, ou seja, melhorar a compreensão dos problemas do pé por parte da pessoa com diabetes, de modo a garantir uma maior autonomia e melhores resultados em saúde. Consideramos também que este projeto apresenta impacto ao nível da literacia em saúde das pessoas com diabetes e dos familiares que estiveram presentes, na expectativa que todos eles serão veículos de informação e de boas práticas nos cuidados aos pés. A revisão teórica foi um suporte de apoio para contextualizar o problema da diabetes neste contexto prático de estágio numa comunidade.

A metodologia do planeamento em saúde, como um processo dinâmico e contínuo, constituiu a base da estrutura deste projeto, contribuindo para o desenvolvimento nas suas diversas etapas de ações proativas com vista a modificar a saúde de uma amostra populacional com consequentes ganhos em saúde. Inicialmente no diagnóstico da situação, após aplicação de questionário específico, foram evidenciados os conhecimentos dos participantes sobre as práticas preventivas de auto cuidado do pé diabético, pelo que foram determinadas as prioridades de intervenção e delineadas estratégias com vista a promover a educação em saúde, centrada nas necessidades identificadas. Neste sentido, recorreremos também à Teoria dos Sistemas de Enfermagem

de Orem (o sistema apoio educação), no qual é defendido que o profissional de enfermagem auxilia a pessoa de modo a que esta seja o agente do seu autocuidado. Verificou-se que as estratégias educacionais foram adequadas pois permitiram alcançar os objetivos definidos e, por conseguinte, a avaliação intermédia e final no decorrer deste projeto foi positiva pois permitiu mudanças de comportamento no autocuidado com ganhos em conhecimentos de boas práticas de cuidados, na expectativa que contribuam para uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde.

Como estratégia educativa, foi utilizada o mapa de conversação em diabetes, sendo uma ferramenta criada com apoio da Federação Internacional de Diabetes e desenvolvido a partir de ilustrações lúdicas e interativas, contendo metáforas sobre a condição crónica da diabetes e sobre as situações quotidianas experienciadas pelos profissionais e utentes dos cuidados de saúde e que tem demonstrado ser uma tecnologia de educação em diabetes eficaz internacionalmente para autogestão do cuidado.

Durante a programação de educação em saúde, com a utilização do mapa, evidenciou-se que muitos dos utentes que fizeram parte da população alvo e seus familiares, desconheciam as práticas expostas e partilhadas, no entanto também reconheceram que já haviam vivenciado situações de potencial risco em contextos pessoais e familiares, tais como, o uso inadequado de sapatos, corte desajustado das unhas e presença de onicomicose, formação de calosidades e a evolução para lesões concretas. O resultado da avaliação de satisfação, manifestada pelos participantes, em relação às atividades, permitiu concluir que a capacitação dos cidadãos promove a consciencialização das ações promotoras de saúde considerando esta oportunidade de partilha de conhecimentos e experiências relacionadas com a diabetes, entre parceiros da mesma comunidade, como contributos para a promoção da literacia e capacitação em saúde.

O resultado da avaliação das sessões permitiu firmar o interesse por parte da equipa de saúde da UCSP deste modelo de intervenção para os utentes com diabetes, sendo que foi assumida a continuidade deste projeto nesta unidade de saúde e possivelmente nas restantes unidades que pertencem ao ACES -Arrábida.

Na avaliação da implementação do projeto, verificou-se que nos resultados obtidos foram atingidos e superadas os objetivos e as metas inicialmente propostos o que traduz uma apreciação de avaliação positiva do mesmo.

Este trabalho de intervenção na comunidade, a nível dos cuidados específicos aos pés das pessoas com diabetes, constituiu o primeiro a ser aplicado nesta UCSP. Permitiu conhecer melhor a realidade desta população, mostrando pontos a melhorar na abordagem a estes utentes e por isso, também contribuiu para aprimorar os cuidados de enfermagem futuramente prestados .

No entanto, apresenta algumas limitações que devem ser referidas. Trata-se de um trabalho de intervenção num período de tempo limitativo, pelas características académicas, pelo que obtivemos uma amostra populacional reduzida tendo em conta a prevalência estimada desta patologia, o que não permite generalizar os dados obtidos. A oportunidade de alargar este tipo de trabalho a outras unidades do ACES-Arrábida possibilitará aumentar a amostragem e porventura contribuir para a educação para a saúde e para a melhoria de comportamentos e atitudes que condicionam a gestão da diabetes e do aparecimento de possíveis complicações.

Também consideramos que uma das fragilidades desta intervenção, tem a ver com o instrumento de colheita de dados utilizado, pois não ocorreu contato verbal com as pessoas envolvidas aquando o preenchimento do questionário, não permitindo assim investigar respostas que pudessem suscitar algum esclarecimento o que impossibilitou ter noção do nível de compreensão das questões.

Todavia consideramos que o percurso vivenciado durante todo o processo de estágio foi um contributo, para o ganho de conhecimento da realidade, na prática dos cuidados de saúde primários tendo-se traduzido numa experiência muito gratificante. Permitiu mobilizar habilidades e competências, com ganho de consciencialização das mesmas, e com possibilidade de crescimento e enriquecimento pessoal e profissional que irá com certeza contribuir para um ganho em segurança e em conhecimentos na prática da atividade profissional. Tendo em conta que a atividade profissional desenvolvida da mestranda, foi sempre em contexto hospitalar, a possibilidade de integrar o contexto

comunitário com uma vertente de prestação de cuidados diferente, poderia ter se revelado numa limitação, no entanto foi uma mais valia no ganho de competências.

Assim concluímos que o desenvolvimento deste projeto de intervenção na comunidade permitiu que enquanto profissional de saúde contribuiu para o empoderamento de um grupo de pessoas com diabetes tipo 2, e deste modo contribuir para a promoção do autocuidado e garantia do melhor controlo da doença no sentido de prevenir ou retardar o aparecimento de lesões a nível dos pés, considerando assim que foram mobilizadas as competências comuns de Enfermeira, e ao longo deste processo foi surgindo o desenvolvimento das competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública previstas no regulamento n.º 128/2011.

BIBLIOGRAFIA

ADA. (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 36(SUPPL.1), 67–74. <https://doi.org/10.2337/dc13-S067>

Alves das Chagas, I., Camilo, J., dos Santos, M. A., Rodrigues, F. F. L., Arrelias, C. C. A., Teixeira, C. R. de S., ... Zanetti, M. L. (2013). Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 47(5), 1141–1146. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500018>

American Diabetes Association. (2017). Standards of Medical Care in Diabetes. *The Journal of Clinical Applied Research and Education - Diabetes Care*, 40(1), 18. Retrieved from http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DC1/DC_40_S1_final.pdf

Apdp. (2010). *Pé Diabético - Caminhando para um Futuro Melhor*. (Lidel - Edições Técnicas, Ed.). Lisboa.

Apdp. (2012). As complicações da Diabetes. In *Viver com a Diabetes* (3ª Edição, pp. 77–108). Lisboa.

ARS-LVT. (2015). *ACES -Arrábida Caracterização e Propostas de Reestruturação*. Retrieved from http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1883/11_-_ACES_Arr_bida_final_vNET.pdf

Bakker, K., Apelqvist, J., Lipsky, B. A., & Schaper, N. C. (2016). The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32(1), 2–6. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2694>

Caldeira, E. (2018). Metodologia de Intervenção em Enfermagem Comunitária - Planeamento em Saúde. In *Universidade de Évora - slides Power Point*.

Caldeira, E., Pires, A., Gato, A. P., Canhestro, A., Reis do Arco, H., Serra, I., & Xavier, S. (2018). *Guia orientador do estágio final - Área de especialização Enfermagem Comunitária e de*

- Canhestro, A. S., & Basto, M. L. (2016). Envelhecer com Saúde : Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem*, 20(1), 27–51. Retrieved from http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_27_51.pdf
- Censos 2011. (n.d.). Instituto Nacional de Estatística. Retrieved from censos@ine.pt
- Correia da Silva, J. T. (2011). *Prevenção no Pé Diabético e Autocuidados: O que sabem e o que fazem os nossos doentes*. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Retrieved from [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62316/2/Artigo de investigao mdicaPreveno do P Diabtico e Autocuidados o que sabem e o que fazem os nossos doentes 1.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62316/2/Artigo%20de%20investigao%20mdica%20Preveno%20do%20P%20Diabtico%20e%20Autocuidados%20o%20que%20sabem%20e%20o%20que%20fazem%20os%20nossos%20doentes%201.pdf)
- Correia, L. G. (2015). *A Diabetes em síntese: Contributo para um melhor conhecimento e gestão da doença*. Lisboa: APIFARMA.
- Dantas, D. V., Costa, J. L., Dantas, R. A. N., & Torres, G. de V. (2013). Atuação do Enfermeiro na prevenção do pé diabético e suas complicações: revisão de literatura. *Revista Cultura e Científica Da UNIFACEX*, 11(1), 14. Retrieved from <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/359/113>
- Dantas, M. de J. (2018). *Pé Diabético - Soluções para um grande problema*. (BIAL, Ed.). Porto.
- Diógenes, M. A. R., & Pagliuca, L. M. F. (2003). TEORIA DO AUTOCUIDADO: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, 24(3), 286–293. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000116&pid=S0103-2100201000040001900008&lng=pt
- Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Norma da Direção Geral da Saúde (002/2011) § (2011). Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022011-de-14012011.aspx>
- Direção Geral da Saúde. Pé Diabético Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), 05 Circular Normativa § (2010). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa->

nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx

Direção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Diabetes - Orientações Programáticas (2012). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2014). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Saúde Pública*. Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_14_Saude-Publica.pdf

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. Resenha dos Planos de Saúde : Nacional - Regionais - Locais - (2016). Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2016/12/AnexoIXa_PNS_EstrategiasLocaisSaude

Direção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde e Estratégias Locais de Saúde. Resenha dos Planos de Saúde : Nacional - Regionais - Locais - (2016). Retrieved from http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-ssl.com/files/2016/12/AnexoIXa_PNS_EstrategiasLocaisSaude_Resenha_Planos_Saude_2016.pdf

Direção Geral da Saúde. Modelo de Governança a 2020 - Plano Nacional de saúde e Programas de Saúde Prioritários (2017). Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios.aspx>

Direção Geral da Saúde. Programa Nacional da Diabetes (2017). Retrieved from <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/diabetes.aspx>

Direção Geral da Saúde. Programa nacional de vacinação. (Direção-Geral da Saúde, Ed.) (2018). Lisboa. Retrieved from <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/avaliacao-do-programa-nacional-de-vacinacao-2017.aspx>

Direção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 005/2011 da Direção Geral da Saúde - Diagnóstico Sistemático do Pé Diabético (2011). Retrieved from

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052011-de-21012011.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa N.º: 14/DGCG - Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus (2000). Retrieved from <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/circulares-normas-e-orientacoes.aspx>

Direcção-Geral da Saúde. Educação terapêutica na Diabetes Mellitus, Circular Normativa N.º 14/DGCG de Dezembro de 2000 (2000). Retrieved from <http://www.dgs.pt/>

Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020 (2015). Retrieved from <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>

Duarte, R., Melo, M., & Nunes, J. S. (2015). Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes Tipo 2. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 10(1), 40–48. Retrieved from <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2019/01/RPD-DEzembro-2018-Recomendações-págs-154-180.pdf>

Entidade Reguladora da Saúde. Parecer sobre o acesso a informação de saúde (2015). Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1582/Publica__o_Parecer_-_ERS_016_2015.pdf

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidacta, Ed.) (1ª). Lisboa.

Guerra, M. T. B. P. (2012). *Empoderamento da pessoa com Diabetes tipo 2. Projeto de Intervenção (1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária)*. Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde. Retrieved from [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3949/1/Empoderamento da Pessoa com Diabetes Tipo 2 -Teresa Guerra.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3949/1/Empoderamento%20da%20Pessoa%20com%20Diabetes%20Tipo%202-Teresa%20Guerra.pdf)

Hartweg, D. L., & Pickens, J. (2016). A Concept Analysis of Normalcy within Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. *Self-Care Dependent-Care Nursing - The Official Journal of the Orem International Society for Nursing Science and Scholarship*, 22(1), 4–13. Retrieved

from

https://static1.squarespace.com/static/55f1d474e4b03fe7646a4d5d/t/56feb8e0f850820b9f00a168/1459534056695/Vol22_No01_Spring_2016-1.pdf

Healthy Interactions Inc. (2009). *Programa “Conversa de Diabetes- Mapas de Conservação.”*

Retrieved from www.diabetes.healthyi.com

Imperatori, E., & Giraldes, M. do R. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde* (3ª). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo J. (n.d.). Literacia em saúde. Retrieved June 10, 2018, from

<http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

International Council of Nurses. (2016). *CIPE 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Lusodidacta, Ed.).

International Working Group on the Diabetic Foot. (2011). *Directivas Práticas sobre o Tratamento e a Prevenção do Pé Diabético*. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2253>

International Working Group on the Diabetic Foot. (2015). International Consensus on the Diabetic Foot and Practical Guidelines on the Management and Prevention of the Diabetic Foot. Retrieved from http://www.spd.pt/images/geped_recomendacoes.pdf

Khanolkar, M. P., Bain, S. C., & Stephens, J. W. (2008). The diabetic foot. *QJM*, 101(9), 685–695. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcn027>

Lépori, L. R. (2015a). *Diabetes tipo 2*. Lisboa.

Lépori, L. R. (2015b). *Pé Diabético* (1st ed.). Lisboa.

Lipsky, B. A., Aragón-Sánchez, J., Diggle, M., Embil, J., Kono, S., Lavery, L., ... Peters, E. J. G. (2015). *IWGDF Guidance on the diagnosis and management of foot infections in persons with diabetes on the Diabetic Foot*. Retrieved from

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26386266>

Lopes, I. C. C. (2014). *Literacia e Educação Terapêutica: Capacitar a pessoa com diabetes tipo 2 a lidar com a sua condição de saúde. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde).*

Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Coimbra. Retrieved from

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12530/1/ISABEL_LOPES.pdf

Loureiro, I., Rodrigues Gomes, J. C., & Heitor dos Santos, M. J. (2010). *A investigação participada na base comunitária na construção da saúde - Projeto de Capacitação em Promoção da Saúde - PROCAPS Resultados de um estudo exploratório.* (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Retrieved from

http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/101/1/Relatorio_PROCAPS.pdf

Matos, P. (2006). Diabetes e Doença Cardiovascular. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 4, 34–37.

Retrieved from <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/10/RPD-Vol-1-nº4-Dezembro-2016-Recomendações-pág-34-37.pdf>

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. Decreto-Lei n.º 63/2016, 1.ª série Diário da República § (2016). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 28/2008. Diário da República, 1.ª série — N.º 38.

Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde (2008). Retrieved from <https://dre.pt/application/conteudo/247675>

Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 5/2017. Diário da República, 1.ª série — N.º 5. Artigo 159.º

nº 5 e nº6 (2017). Portugal. Retrieved from

<https://dre.pt/application/conteudo/105711790>

Ministério da Saúde. Despacho n.º 10143/2009. Diário da República, 2.ª série — N.º 74.

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2009). Portugal. Retrieved from

<https://dre.pt/application/conteudo/2216310>

Ministério da Saúde. Despacho n.º 3618-A/2016, Diário da República, 2.ª série — N.º 49 — 10

de março. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde (2016). Retrieved from

<https://dre.pt/application/conteudo/73833508>

Moura, N. dos S., Guedes, M. V. C., & Menezes, L. C. G. (2013). Práticas de autocuidado de pessoas com diabetes e pés em risco. *Revista de Enfermagem*, 10(6).

<https://doi.org/10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201617>

Neto, M., Pimentel, J. P., Durval, M., Araújo, F. O., & Guerreiro, A. C. (2017). *Perfil Local de Saúde 2017*. Retrieved from <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/197>

Nunes, J. S. (2015). *A diabetes em síntese: contributo para um melhor conhecimento e gestão da doença*. Lisboa: APIFARMA.

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. (D. de E. ESS|IPS, E. Campus do IPS, & 2914-503 Setúbal | Portugal, Eds.). Setubal. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consideticasnainvestigacademicaemenfremagem.pdf>

Nunes, L., Gato, A. P., Ferrito, C., Leal, P., & Ramos, L. (2017). *Relatório do PReSaMe - Projeto Respostas em Saúde Mental*. Setubal, Península. Retrieved from https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17719/1/PReSaMe_RelatorioPeninsulaSetubal_VFrevista.pdf

Observatório da diabetes. (2016). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Retrieved from <http://spd.pt/images/OND/DFN2015.pdf>

Oliveira, P. S., Bezerra, E. P., Andrade, L. L., Gomes, P. L. F., Soares, M. J. G. O., & Costa, M. M. L. (2016). Atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família na prevenção do pé diabético. *Cuidado é Fundamental*, 8(3), 4841–4849. <https://doi.org/10.9789/21755361>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padroes de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. (Ordem dos enfermeiros, Ed.). Lisboa. Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 128/2011. Competências Específicas do Enfermeiro

- Especialista em Enfermagem comunitária e de Saúde Pública (2011). Diário da República, 2.ª série — N.º 35. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento 128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20128_2011_CompetenciasEspecifEnfComunitaria_SaudPublica.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 348/2015 Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2015). Diário da República, 2.ª série — N.º 118. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfComunitariaSauPublica_DRJun2015.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th editio). St. Louis (USA): Mosby Inc.
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pires, A. M. (2018). *Planeamento Geral - II Curso - Área de especialização Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Setúbal.
- Queirós, P. J. P., Vidinha, T. S. dos S., & Filho, A. J. de A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(3), 157–164. <https://doi.org/10.12707/RIV14081>
- Santos, C. S., Pereira, L. C., Elenice, V., Rossi, C., Ambrosina, M., Maia, C., & Moura, J. P. (2010). Grau de conhecimento e medidas de autocuidado adotadas por usuários de uma unidade de saúde da família em relação ao pé diabético. *Ciência et Praxis*, 3(5), 47–50. Retrieved from <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/viewFile/2160/1152>
- Schaper, N. C., Netten, J. J. Van, Apelqvist, J., Lipsky, B. A., & Bakker, K. (2016). Prevention and management of foot problems in diabetes : a Summary Guidance for Daily Practice 2015 , based on the IWGDF Guidance Documents, 32, 7–15. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2695>
- Schneider, D. R., & Flach, P. M. von. (2017). *Como construir um projeto de intervenção?*

Retrieved from <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170427-095100-001.pdf>

Senteio, J. D. S., Teston, E. F., Soares, V. D. S., & Spigolon, D. N. (2018). Prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de pé diabético. *Cuidado é Fundamental*, 10(4), 919–925. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.919-925>

Serra, L. M. A. (2008). *Pé Diabético - Manual para a Prevenção da Catástrofe*. (Lidel, Ed.) (2ª). Lisboa.

Serrabulho, L., Matos, M. G., Nabais, J. V., & Raposo, J. F. (2015). A educação para a saúde nos jovens com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(1), 70–85. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15309/15psd160208>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). BI - Cuidados de Saúde Primários. Retrieved from <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30034/3152003/Pages/default.aspx>

Silva, J. P., Pires, N. R. D., Silva, C. I., Moraes, M. U. B., & Neto, W. B. (2013). O cuidado de enfermagem ao portador do pé diabético: revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e Da Saúde Facipe*, 1(2), 59–69. Retrieved from <https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1203/582>

Singh, N., Armstrong, D. G., & Lipsky, B. A. L. (2005). Preventing Foot Ulcers in Patients With Diabetes. *JAMA*, 293(2), 217–228. <https://doi.org/doi:10.1001/jama.293.2.217>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2015 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2016. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200013>

Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2018). *Educação Terapêutica na Diabetes - Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes*. Retrieved from http://spd.pt/images/booklet_educacao_terapeutica.pdf

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. (Lusoditata, Ed.) (7ª Edição). Loures.

Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde: Cadernos de formação 2*. (Ministerio da Saude, Ed.). Lisboa.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (Lusociência, Ed.) (5ª edição). Loures.

Unidade Coordenadora Funcional da Diabetes. (2015). *Plano ação Unidades Coordenadoras Funcionais da Diabetes do ACESA*.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - São Sebastião. (2016). *Plano de Ação 2016*.

Villas-boas, L. C. G., Claudia, A., Coelho, M., & Pace, A. E. (2013). Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores, *26*(3), 289–293.
Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000300014&script=sci_abstract&tlng=pt

World Health Organization. (2016). *Global Report on Diabetes*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf;jsessionid=CCD75D7EFC11D13F771FB87B30890A65?sequence=1

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Análise Swot

Análise Swot

Projeto de intervenção: *Prevenir lesões nos pés de utentes com Diabetes tipo 2, com medidas de capacitação.*

<p style="text-align: center;">FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinência do tema; • Exigência legal normativa - Despacho nº 005/2011 e nº 003/2011 de 21-11-2011-DGS • Enfermeira da consulta de diabetes, motivada e com formação específica em cuidados de enfermagem ao pé diabético e Mapas de Conversação; • Existência de material de avaliação de risco de úlcera pé diabético; • Condições físicas, cadeira de podologia e gabinete apropriados; • Sala de formação disponível; • Facilidade de aprovação da área de intervenção, pela equipa multidisciplinar; • Suporte documental disponível na área do pé diabético na qual se insere o projeto de intervenção. 	<p style="text-align: center;">FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade de recursos humanos, 1 enfermeira para 9 médicos, residentes e especialistas em medicina geral e familiar e 4 médicos que avaliam utentes que estão atribuídos a lista de “sem médico”, o que se traduz numa lista de utentes muito extensa; • Serviços administrativos, efetuados pela enfermeira da consulta de diabetes; • Não comparência dos utentes; • Elevado número de utentes; • Dificuldade na programação de grupos de utentes homogéneos.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade identificada pela enfermeira da UCSP; • Importância do tema a nível nacional e internacional; • Replicabilidade das competências adquiridas, no futuro; • Melhoria do indicador, (proporção de utentes avaliados para prevenção de úlcera do pé) 	<p style="text-align: center;">AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resistência a mudança organizacional; • Risco de fragilidade e controlo da qualidade de cuidados, caso exista desmotivação da equipa, por falta de envolvimento de todos os elementos; • Risco de aderência dos utentes por falta de motivação e défice de informação

APÊNDICE 2 – Pedido de autorização à Direção do ACESA

Pedido de autorização de projecto de intervenção

Anabela Santos

ter 29/05/2018 23:19

Para: barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt <barbara.carvalho@arslvt.min-saude.pt>;

Cc: marta.c.pereira@arslvt.min-saude.pt <marta.c.pereira@arslvt.min-saude.pt>;

Cco: fm@uevora.pt <fm@uevora.pt>; [REDACTED];

Ex.ª Sr.ª Directora do ACES-Arrábida Dr.ª Bárbara Carvalho,

Eu, Anabela Gonçalves Dos Santos, enfermeira pertencente ao quadro do Centro Hospitalar de Setúbal a exercer funções de prestação de cuidados de enfermagem no Serviço Consulta Externa -1 e encontrando-se a frequentar o Mestrado de Enfermagem em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Setúbal- Escola Superior de Saúde, pretendo realizar um projecto de Intervenção Comunitária na área da capacitação das pessoas com diabetes tipo 2, nos cuidados aos pés com a intenção de contribuir para a prevenção das lesões, mas também ir de encontro à melhoria do indicador – proporção de doentes com Diabetes Mellitus tipo 2 com exame aos pés no último ano, na UCSP- [REDACTED].

Vem por este meio solicitar a V. Ex.ª, que se digne a autorizar a aplicação de um questionário dirigido aos utentes com diabetes tipo 2, seguidos regularmente na consulta de enfermagem de Diabetes. Este será aplicado, respeitando a ética e o sigilo profissional.

Informo, ainda que já agilizei os procedimentos necessários para o pedido de autorização de implementação do projecto à Comissão de Ética de ARSLVT conforme critérios formalizados.

Este projecto tem como orientadora a Sr.ª Professora Doutora Felismina Mendes, da Escola Superior de Enfermagem de Évora e como Enfermeira orientadora no local de estágio a Sr.ª Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária [REDACTED].

Solicito ainda, a V. Ex.ª a autorização para a implementação e avaliação deste projecto no UCSP - [REDACTED], no período compreendido entre Junho de 2018 e Janeiro de 2019, assim como para menção do nome do ACES e UCSP - [REDACTED] aquando da apresentação dos resultados.

Cordialmente,

Pede deferimento,

Anabela Santos- Enfermeira


APÊNDICE 3 – Pedido de autorização à Comissão de Ética da ARSLVT

Pedido autorização de projecto de intervenção

Anabela Santos <anabelag_santos@hotmail.com>

ter 29/05/2018 22:40


Parazetica@arslvt.min-saude.pt <etica@arslvt.min-saude.pt>; paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt <paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt>;

 2 anexos (1 MB)

Pedido autorização projeto-Comissao de Etica (Anabela Santos).pdf; Declaração Aceitação Mestrando.pdf;

Ex. mos Senhores,

Eu, Anabela Gonçalves Dos Santos, enfermeira pertencente ao quadro do Centro Hospitalar de Setúbal a exercer funções de prestação de cuidados de enfermagem no Serviço Consulta Externa -1, frequento o Mestrado de Enfermagem em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, no Instituto Politécnico de Setúbal-Escola Superior de Saúde.

Pretendo realizar um projecto de Intervenção Comunitária (*Mapeando Pés-Prevenir lesões nos pés de utentes com Diabetes tipo 2, com medidas de capacitação*) na área da capacitação das pessoas com diabetes tipo 2, nos cuidados aos pés com a intenção de contribuir para a prevenção de lesões. Este projecto irá ser realizado no UCSP-

Em anexo envio os documentos necessários ao pedido de aceitação do projecto.

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Anabela Santos.

Anabela Santos- Enfermeira

APÊNDICE 4 – Pedido de autorização de utilização de questionário

Re: Pedido de autorização de instrumento de colheita de dados

Anabela Santos <anabelag_santos@hotmail.com>

sáb 26/05/2018 17:09

Para: Joana Silva <jtcsilva@gmail.com>;

Boa Tarde Drª Joana,
Muito grata pelo seu consentimento e especialmente pela brevidade de resposta.
O meus melhores cumprimentos pessoais,
Anabela santos

De: Joana Silva <jtcsilva@gmail.com>

Enviado: sábado, 26 de maio de 2018 15:15:20

Para: Anabela Santos


Assunto: Re: Pedido de autorização de instrumento de colheita de dados

Boa tarde,
Pode utilizar o questionário.
Com os melhores cumprimentos,

Joana Silva

On 25 May 2018, at 17:36, Anabela Santos <anabelag_santos@hotmail.com> wrote:

Boa tarde Drª Joana Correia da Silva,

Eu , Anabela Gonçalves Dos Santos estudante no Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Publica no Instituto Politécnico de Setúbal , venho pedir-lhe permissão para utilizar o questionário por si, efectuado e testado na sua Tese de Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Pretendo desenvolver um projecto de intervenção na comunidade, na área da capacitação das pessoas com diabetes nos cuidados aos pés, mais especificamente na UCSP-  Setúbal, com os utentes que têm medico de família e seguidos regularmente na consulta de enfermagem em diabetes.
Desde já muito grata pela atenção dispensada.
Cordialmente,

APÊNDICE 5 – Consentimento informado aos utentes

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu, Anabela Gonçalves Dos Santos, enfermeira a frequentar o 2º curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública do Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, estou a desenvolver um o Projeto de Intervenção Comunitária intitulado: *Mapeando Pés - Prevenir lesões nos pés de utentes com Diabetes tipo 2, com medidas de capacitação.*

Com este projeto, pretendo conhecer as possíveis dificuldades e necessidades de conhecimentos acerca dos cuidados aos pés que possam existir de modo que em conjunto possamos desenvolver estratégias que permitam prevenir complicações e melhorar os cuidados aos pés.

Gostaria de contar com a sua colaboração, sendo para tal necessário o preenchimento deste questionário.

Poderá anular a sua colaboração em qualquer momento do estudo. O estudo não implica quaisquer riscos para o utente.

As informações resultantes do questionário poderão ser utilizadas para fins educativos ou de publicação de carácter académico ou científico.

A confidencialidade será assegurada. Se se considerar bem informado e aceitar participar, por favor assine este documento, assim como eu também o assinarei.

Eu abaixo-assinado, compreendi a informação que me foi dada sobre este projeto, podendo desistir a qualquer momento. Aceito participar livremente podendo, no entanto, desistir a qualquer momento sem que daí resulte qualquer prejuízo. Também permito que estas informações sejam utilizadas para fins académicos ou para publicações científicas.

Setúbal, /..... /2018

Assinatura do participante

Assinatura da Mestranda/Enfermeira

Nota: feito em duas cópias sendo o original para o estudo e o duplicado para o utente

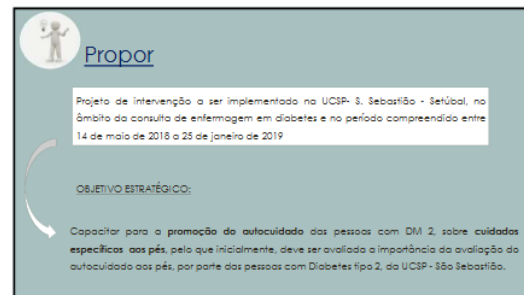
APÊNDICE 6 – Plano de sessão da reunião

Atividade: Reunião	
Conteúdo: Apresentação dos resultados dos questionários	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmitir o resultado dos questionários aplicados; ○ Apresentar os problemas identificados; ○ Partilhar as prováveis etapas do projeto e o respetivo envolvimento e participação de todas as pessoas envolvidas no projeto. 	
Participantes	Grupo de pessoas com DM2 que constituem a amostra deste projeto. Elementos da equipa multidisciplinar- médicos e enfermeiros
Método pedagógico	Partilha de ideias - “Brainstorming” - Metodologia Interativa Apresentação de resultados - PowerPoint- Método Expositivo
Data /duração	Dia-4 de outubro Duração: 1h
Local	Sala de Formação da UCSP
Avaliação	Registo de presenças

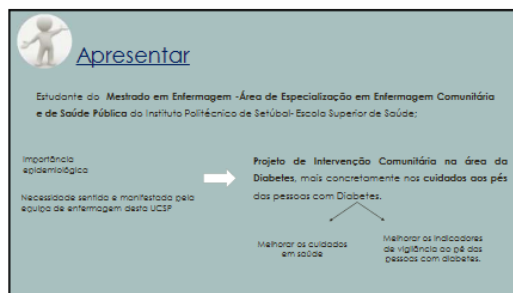
APÊNDICE 7 –Apresentação dos resultados do Diagnóstico da situação



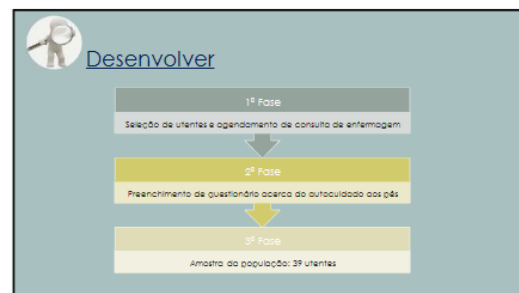
1



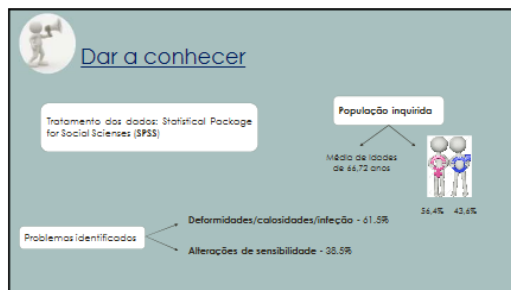
3



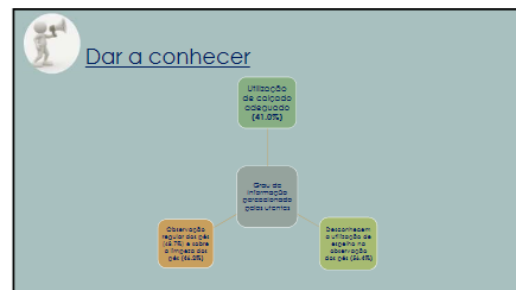
2



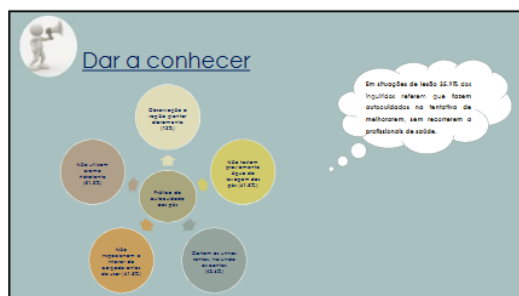
4



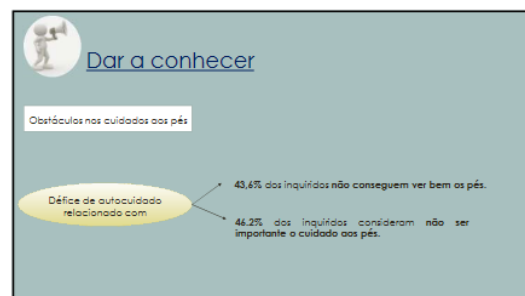
5



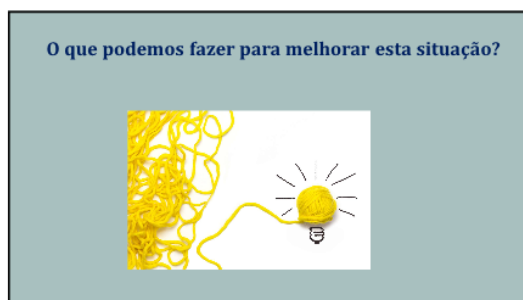
7



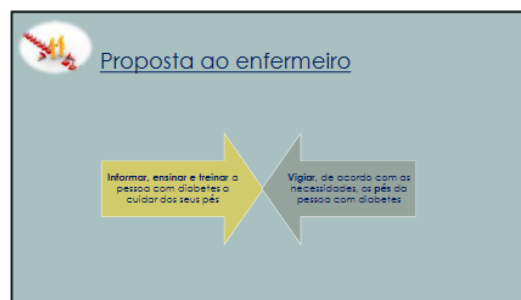
6



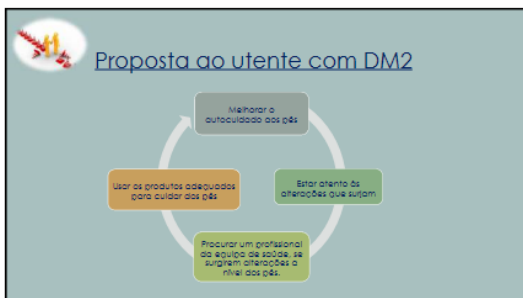
8



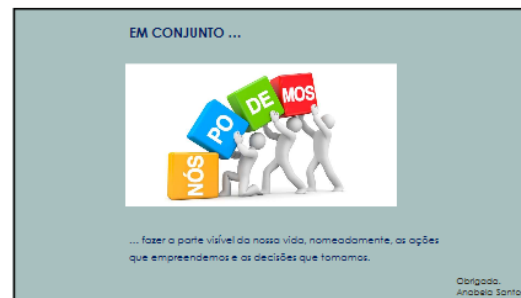
9



11



10



12

APÊNDICE 8 – Plano da sessão do programa de educação para a saúde

Tempo	Etapas	Conteúdo	Metodologia	Recursos	Formador
10 min	Apresentação	Apresentação dos profissionais e participantes Partilha de expectativas desta atividade	Apresentação oral Diálogo interativo	“Mapas de conversação”- A diabetes e cuidados com os pés Ferramenta pedagógica visual e ilustrativa.	Anabela Santos Maria José Gonçalves
10 min	Introdução	Apresentar o tema da sessão, a atividade educativa , e os objetivos da mesma	Apresentação visual do “Mapa”		
80 min	Desenvolvimento	Percurso do “Mapa de conversação”	Método expositivo: Atividade em grupo; Partilha de experiências		
		“Observação dos pés”- forma correta de visualizar os pés; saber identificar sinais de alerta			
		“Limpando e cuidando dos pés- incentivo a cuidados preventivos sobre cuidados específicos aos pés.			
		“Proteja os pés ”- Importância da proteção dos pés através dos sapatos adaptados e meias adequadas			
		“Nos cuidados de saúde ”-alerta para a necessidade de acompanhamento por profissionais de saúde no sentido de realizar rastreios semestrais/anuais para despiste de alterações morfológicas sensoriais e circulatórias			
10min	Avaliação da Sessão	Avaliar se os objetivos da sessão foram atingidos Esclarecimento de dúvidas	Aplicação de questionário- Avaliação da sessão de educação para saúde	Questionário	
10min	Encerramento	Conclusão da sessão: Agradecimento pela participação na Sessão; Oferta de Kit com produtos relacionados com cuidados aos pés e mapa de conversação em miniatura.		Produtos de higiene e hidratação para cuidados aos pés Folhetos educativos relacionados com o tema	

APÊNDICE 9 – Plano de sessão de educação para a saúde

ATIVIDADE: Sessão de Educação para a Saúde- Diabetes e cuidados aos pés	
CONTEÚDO: Importância dos cuidados com os pés para as pessoas com diabetes, autoexame dos pés para deteção de eventuais problemas; limpeza e cuidados com os pés, proteção dos pés, consultas com a equipa de saúde.	
Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Transmitir a este grupo de pessoas, a importância do autocuidado aos pés, através da educação para saúde; ○ Aumentar os conhecimentos relativamente ao autocuidado aos pés das pessoas envolvidas no projeto. 	
Participantes	Grupo de pessoas com DM2 que constituem a amostra deste projeto.
Método pedagógico	<u>Mapa de Conversação</u> “Diabetes e o Cuidado com os Pés” <u>Metodologia Interativa</u>
Data /duração	14 novembro das 10 as 12h; 21 de novembro das 10 as 12h 21 de novembro das 14 as 16h 28 de novembro das 10 as 12h
Local	Sala de Formação da UCSP
Avaliação	Que 80% dos utentes inscritos na sessão devem estar presentes
	Que 80% dos utentes nas sessões consideram importante a informação partilhada
	Que 70% dos utentes consideram a metodologia utilizada (mapas, o número de participantes e o local) adequados.
	Que 100 % das sessões de educação para a saúde planeadas devem ser realizadas

APÊNDICE 10 – Cronograma de atividades

ANO			2018												2019					Estado														
MESES			MAIO			JUNHO			SETEMBRO			OUTUBRO			NOVEMBRO			DEZEMBRO			JANEIRO													
Etapa do Planejamento em Saúde	DIAS		07-11	14-18	21-25	28-01	04-08	11-15	18-22	25-29	03-07	10-14	17-21	24-28	01-05	08-12	15-19	22-26	29-02	05-09	12-16	19-23	26-30	03-07	10-14	17-21	24-28	31-04	07-11	14-18	21-25	28-01		
	Atividades	Semana	10	11	12	13	14	15	16	17	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48		
Diagnóstico de Situação	Aplicação de questionários																																	Concluído
	Divulgação dos resultados																																	Concluído
Definição de prioridades																																		Concluído
Definição de objetivos																																		Concluído
	Estabelecer parcerias																																	Concluído
Seleção de estratégias	Planificar processo educacional																																	Concluído
	Prover recursos																																	Concluído
Preparação operacional	Reuniões Formais																																	Concluído
	Organizar Grupos de Participantes																																	Concluído
	Agendar Sessões Educação para a Saúde																																	Concluído
	Realização de artigo científico																																	Concluído
	Realização de poster em formato digital																																	Concluído
	Avaliação operacional																																	Concluído
	Definição de Indicadores																																	Concluído
	Sessão de educação para a saúde: "Diabetes e cuidados com os pés"																																	Concluído
	Aplicar Questionários																																	Concluído
	Avaliação contínua																																	Concluído
Avaliação	Avaliação de indicadores																																	Concluído
	Reunião na UCSP para avaliação final do projeto																																	Concluído

APÊNDICE 11 – Poster “Diabetes e cuidado com os pés”

**A pensar em si e a contar consigo em novembro
de 2018 planeamos:**

**SESSOES DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE
"DIABETES E CUIDADOS
COM OS PÉS"**



VAMOS SABER MAIS SOBRE O PÉ DIABÉTICO.....

ORGANIZAÇÃO

UCSP-S
Consulta de Enfermagem em Diabetes

DATA

14,21,28 novembro

FORMADORES

Enfermeira Anabela Santos
Enfermeira Maria José Gonçalves

LOCAL

Sala de Formação-UCSP
S

APÊNDICE 12 – Estimativa de custos

Atividades	Recursos			
	Humanos	Materiais	Tempo	Financeiro
Aplicação dos questionários em dois tempos distintos: diagnóstico de situação e avaliação das intervenções desenvolvidas.	1 enfermeira-Mestranda	2 canetas 160 folhas A4 impressas do questionário x2 momentos=320 folhas	70 horas	2 tempos distintos=770euros 35 h de trabalho de enfermagem x 11 euros= 385 euros 2 canetas (2 x 0,17 euros) = 0,34 euros 320 folhas A4 (320 x 0,30)= 96 euros
Preparação da reunião-divulgação de resultados - PowerPoint	Enfermeira mestranda	Computador	21horas	21 h de trabalho de enfermagem x 11euros=231 euros
Reunião de divulgação dos resultados do diagnóstico de situação e apresentação do projeto à equipa multidisciplinar da UCSP e aos utentes participantes.	2 Enfermeiras-enfermeira mestranda e enfermeira orientadora	Computador 1 Tela 1 Data show 1 Pendrive	2 horas	2 x (2h de trabalho de enfermagem x 11 euros) = 44 euros 50 euros
Sessões de Educação para a Saúde- “Diabetes e o cuidado com os pés”.	2 Enfermeiras-enfermeira mestranda e enfermeira orientadora	Folhetos informativos relacionados com a temática. Oferta de “mapa - cuidados aos pés” em miniatura para cada participante Impressões da avaliação da sessão (preto e branco) - 39 Mapa de conversação “A diabetes e o cuidado com os pés”	2h cada sessão. Número de sessões – 4	2 x (2h de trabalho de enfermagem x 11 euros) = 44 euros Nº de sessões x custo/sessão= 176 euros. 117folhetos - 150euros 39 Impressões (0,10 x 39) = 3,90 euros “Mapa de Conversação”- 300 euros

		Lanche- produtos alimentares e material descartável.	4 Lanches	Lanche- 150 euros
		Kit- Produtos de higiene e hidratação para cuidados aos pés	39kits	Custo associado-200
		Sala de Formação da UCSP	10h -Ocupação	Custo associado-100 euros
Deslocações e transporte	Mestranda e Enfermeira orientadora	Transporte próprio		200 euros
Orçamento Estimado				2 471,24 euros

APÊNDICE 13- Pedido de autorização de material de apoio

Pedido de autorização para utilizar material educativo



Anabela Santos

Seg, 22/10/2018 11:51

Sonia Tomas Simoes Gaudencio Dias | RNCCI - EC... 



Bom dia Enfermeira Sónia,

No âmbito do meu estágio académico, na UCSP- [REDACTED], pretendo desenvolver 4 sessões de educação em saúde para um grupo de utentes (cerca de 40), seguidos regularmente na consulta de enfermagem em diabetes. Estas sessões vão se focar essencialmente nos cuidados de vigilância aos pés.

No sentido de proporcionar um momento mais "afectuoso" na sessão pensei criar um Kit com material alusivo aos cuidados a ter com os pés, tais como, limas de cartão, creme hidratante, folhetos com informação alusiva ao tema, caneta + bloco. Também será possível, caso autorizem fornecer um pequeno lanche a todos os participantes da formação. Estes materiais serão fornecidos pelos laboratórios que estão associados ao cuidado das pessoas com diabetes (Ascencia, Lifescan, wellion, Roche e Becel).

Gostaria de lhe perguntar, se esta situação, me é autorizada por parte da Direcção do ACESA.

Grata pela sua disponibilidade.

Com os meus melhores cumprimentos pessoais,

Anabela Santos.

APÊNDICE 14 – Questionário para avaliação das sessões de educação para saúde

Sessão de Educação para a Saúde- Diabetes e Cuidados aos Pés

Ficha de Avaliação da Sessão

De forma a avaliarmos esta Sessão de Educação para a Saúde, agradecemos a sua opinião em relação às seguintes afirmações:

1. O tema apresentado foi ao encontro das suas necessidades de conhecimentos.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
2. A informação transmitida foi a suficiente tendo em conta o tema em questão.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
3. O profissional de saúde/formador foi claro na apresentação dos conteúdos.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
4. O profissional de saúde/formador motivou-o e incentivou-o a participar.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
5. O profissional de saúde/formador demonstrou ao grupo a aplicação prática dos conteúdos.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
6. O profissional de saúde/formador demonstrou interesse pelas dificuldades dos participantes.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
7. Os suportes pedagógicos (folhetos, Mapa de Conversação) utilizados foram adequados.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐
8. A duração da sessão foi adequada.
Não concordo ☐ Concordo ☐ Concordo Totalmente ☐

Obrigada pela colaboração.

Anabela Santos

APÊNDICE 15 – Poster em formato digital

APÊNDICE 16 – Resumo do Artigo científico

Anabela Gonçalves dos Santos | Mestranda em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública
da Escola Superior de Saúde de Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal

RESUMO

Introdução: A Diabetes Mellitus é definida como uma doença metabólica que se traduz em níveis de glicémia elevados (hiperglicemia). Sabendo que o mau controlo e o défice na gestão da doença propiciam o aparecimento das chamadas complicações tardias relacionadas com a diabetes, o Pé Diabético é uma dessas complicações, sendo a mais frequente e grave. **Objetivo:** Identificar práticas e conhecimentos de autocuidado relacionados com a prevenção das lesões dos pés, dos utentes com diabetes. **Métodos:** Foi realizado no âmbito da consulta de diabetes de uma Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados do distrito de Setúbal-Portugal, e desenvolvido de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde segundo Tavares (1990), tendo como suporte teórico a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (2001). Para o diagnóstico de situação foi utilizado o questionário, que já foi testado e aplicado em Portugal, numa população com as mesmas características, num estudo relacionado com a prevenção do pé diabético efetuado a Norte do país. O estudo realizado caracteriza-se como descritivo, quantitativo não experimental, através da aplicação de um questionário, aos indivíduos pertencentes a uma amostra constituída por 39 pessoas com diabetes tipo 2, com baixo risco de úlcera de pé diabético, de ambos os sexos, com uma média de idades de 66.72 anos. O tratamento dos dados foi realizado através de uma análise estatística através do programa informático *Statistical Package for Social Scienses*. **Resultados:** A amostra revela défice de autocuidado aos pés, relacionado com a prática de autocuidados e com os obstáculos nos cuidados aos pés e défice de conhecimento sobre informação percecionada para realizar autocuidados aos pés. **Conclusão:** Da análise dos dados é permitido identificar comportamentos que transmitem conhecimentos, competências e crenças de saúde e que podem ser interpretados em défices nos autocuidados ao nível das várias áreas dos cuidados recomendados a ter com os pés, assim como, nos conhecimentos gerais a cerca dos autocuidados. Considera-se importante a elaboração de intervenções no âmbito do processo de capacitação das pessoas, com diabetes tipo 2, que potenciem o conhecimento dos indivíduos

por forma a prevenir lesões dos pés, sendo a educação para a saúde uma provável estratégia de intervenção.

Palavras-chave: Diabetes tipo 2, Pé Diabético, Autocuidado, Educação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus is defined as a metabolic disease which is characterized as high glycemic levels (hyperglycemia). As poor control and deficits in disease management lead to the onset of so-called diabetes-related complications, Diabetic Foot is one of these complications, the most frequent and severe. **Objective:** Identify self-care practices and knowledge related to the prevention of foot injuries among users with diabetes. **Methods:** It was carried out within the framework of the diabetes consultation of a Personalized Health Care Unit of the district of Setubal-Portugal and developed according to the methodology of Health Planning according to Tavares (1990), having as theoretical support the Theory of Deficit of Self-Care of Dorothea Orem (2001). It was applied a questionnaire, which was already tested and applied in Portugal, in a population with the same characteristics, in a study related to the prevention of diabetic foot made in the north of the country. The study was characterized as descriptive, non-experimental quantitative, through the application of a questionnaire, to the individuals belonging to a sample consisting of 39 people with type 2 diabetes, with low risk of diabetic foot ulcer of both sexes, with an average age of 66.72 years. The data were processed through a statistical analysis using the software Statistical Package for Social Sciences. **Results:** The sample reveals a deficit of self-care at the feet, related to the practice of self-care and obstacles in foot care and the lack of knowledge about information perceived to perform self-care at the feet. **Conclusion:** From the analysis of the data it is possible to identify behaviors that transmit knowledge, skills and beliefs of health and that can be interpreted as deficits in self-care in the various areas of recommended foot care, as well as in the general knowledge about self-care. It is considered important to develop interventions in the process of training people with type 2 diabetes, which enhance the knowledge of individuals in order to prevent foot injuries, and health education is a likely intervention strategy.

Key words: Type 2 Diabetes, Diabetic Foot, Self-Care, Health Education.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus se define como una enfermedad metabólica que se traduce en niveles elevados de glucemia (hiperglucemia). Sabiendo que el mal control y el déficit en la gestión de la enfermedad propician la aparición de las llamadas complicaciones tardías relacionadas con la diabetes, el Pie Diabético es una de esas complicaciones, siendo la más frecuente y grave. **Objetivo:** Identificar prácticas y conocimientos de autocuidado relacionados con la prevención de las lesiones de los pies, de los usuarios con diabetes. **Métodos:** Se realizó la consulta dentro de la diabetes de una Unidad de Cuidados de Salud personalizada en el distrito de Setúbal, Portugal y desarrollados de acuerdo con la metodología de la planificación en salud según Tavares (1990), con el apoyo teórico de la teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (2001). Para el diagnóstico de la situación se utilizó el cuestionario, que ya ha sido probado e implementado en Portugal, en una población con las mismas características, un estudio relacionado con la prevención del pie diabético hizo el norte. El estudio realizado se caracteriza como descriptivo, cuantitativo no experimental, a través de la aplicación de un cuestionario, a los individuos pertenecientes a una muestra constituida por 39 personas con diabetes tipo 2, con bajo riesgo de úlcera de pie diabético, de ambos sexos, con un promedio de edades de 66.72 años. El tratamiento de los datos fue realizado a través de un análisis estadístico a través del programa informático Statistical Package for Social Scienses. Resultados: La muestra revela déficit de autocuidado a los pies, relacionado con la práctica de autocuidados y con los obstáculos en el cuidado de los pies y el déficit de conocimiento sobre información percibida para realizar autocuidados a los pies. **Conclusión:** Del análisis de los datos se permite identificar comportamientos que transmiten conocimientos, competencias y creencias de salud y que pueden ser interpretados en déficit en los autocuidados a nivel de las varias áreas de los cuidados recomendados a tener con los pies, así como, en los conocimientos generales a cerca de los autocuidados. Se considera importante la elaboración de intervenciones en el marco del proceso de capacitación de las personas, con diabetes tipo 2, que potencien el conocimiento de los individuos para prevenir lesiones de los pies, siendo la educación para la salud una probable estrategia de intervención.

Palabras clave: Diabetes tipo 2, Pie Diabético, Autocuidado, Educación en Salud.

ANEXOS

ANEXO 1 – Avaliação e monitorização do grau de risco de úlcera do pé diabético

ANEXO 2 - Parecer da comissão ética e direção do ACES

ACESARRABIDA SAI 15.10.18 02861

Comissão de Ética
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale
do Tejo. I.P.
Av. Estados Unidos da América, n.º 77, 3º
1749-096 LISBOA

SUA REFERÊNCIA

SUA COMUNICAÇÃO

NOSSA REFERÊNCIA

DATA 01-10-2018

ASSUNTO: Pedido para realização de Projeto de Intervenção da investigadora Anabela Gonçalves dos Santos

Anexa-se o pedido de autorização para a realização do Projeto de Intervenção comunitária "Mapeando os pés – prevenir lesões nos pés dos utentes com diabetes tipo 2, com medidas de capacitação", para o Mestrado em Enfermagem, em Associação, área de especialização em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, do Instituto Politécnico de Setúbal, da investigadora Anabela Gonçalves dos Santos, enfermeira pertencente aos quadros do Centro Hospitalar de Setúbal a exercer funções de prestação de cuidados de enfermagem no serviço Consulta externa I, sendo a orientadora pedagógica a Sra. Professora Doutora Felismina Mendes, da Escola Superior de Enfermagem de Évora e, como enfermeira orientadora no local de estágio, a Sra. Enfermeira Especialista e Mestre em Enfermagem Comunitária Ana Paula Lopes Jesus, sendo que o estudo em causa não acarreta custos financeiros para o ACES Arrábida.

Mais se declara que ACES Arrábida dispõe de recursos humanos e técnicos que permitem a realização do Projeto de Intervenção, melhor identificado em epígrafe.

A Diretora Executiva


Bárbara Carvalho

Bárbara de Carvalho

DATA
04.06.2018

ASSUNTO: Projeto de intervenção comunitária – Mapeando os pés – prevenir lesões nos pés dos utentes com diabetes tipo 2, com medidas de capacitação.

Tratando-se de um projeto que visa a capacitação do utente com diabetes tipo 2 na prevenção da lesão dos pés, para a obtenção de ganhos em saúde da população, considera-se pertinente o desenvolvimento do referido projeto comunitário no Aces Arrábida.


Marta Pereira, CMT do CCS
Vogal do Conselho Clínico e de Saúde
ACES da Arrábida

Exma. Senhora
Dr.ª Anabela Santos
anabelag_santos@hotmail.com

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência
10727 /CES/2018

Data
15.11.2018

Assunto: Mapeando Pés – prevenir lesões dos pés de utentes com diabetes tipo 2, com medidas de capacitação.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, na reunião da secção de investigação, no dia 9.11.2018, emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido relativamente a este estudo, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

Dr.º O Conselho Directivo
LUIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América nº75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

ANEXO 3 – Questionário utilizado no diagnóstico de situação

1. Sexo

☐ Feminino☐ Masculino

2. Idade

 anos

3. Estado civil

☐ Casado☐ Solteiro☐ Divorciado☐ Viúvo☐ União de facto

4. Profissão



5. Nível e Instrução:

- ☐ Sabe ler e escrever
- ☐ Ensino Primário Completo
- ☐ Ensino Básico Completo
- ☐ Ensino Secundário Completo
- ☐ Ensino Superior Completo

6. Fonte principal de rendimento

- ☐ Fortuna adquirida ou herdada.
- ☐ Rendimento baseado em honorários (profissões liberais).
- ☐ Vencimento mensal fixo, tipo funcionário.
- ☐ Salário quinzenal, semanal, diário, rendimentos reduzidos ou irregulares.
- ☐ Ajuda de origem pública ou privada.

7. Tipo de Habitação:

- ☐ Vivenda ou apartamento de luxo e muito confortável.
- ☐ Vivenda ou apartamento de categoria média, tanto em espaço, como em conforto.
- ☐ Casa ou apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento.
- ☐ Casa a que faltam um ou mais dos seguintes elementos: água, luz e saneamento.
- ☐ Casa imprópria

8. Aspecto do bairro onde habita

- ☐ Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados.
- ☐ Bairro residencial bom, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.
- ☐ Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável.
- ☐ Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno ou das casas está diminuído.
- ☐ Bairro de lata



II

9. Responda às questões seguintes, tendo em conta os valores mais aproximados.

- a. Peso _____
- b. Altura _____
- c. Em que ano lhe foi diagnosticada a Diabetes? _____

10. Qual é o seu tipo de “Diabetes”?

- a. ☐ Tipo 1
- b. ☐ Tipo 2
- c. ☐ Não sei

11. Qual ou quais os tratamentos que faz para a “Diabetes”?

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Alimentação / exercício físico | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Insulina | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. Antidiabéticos orais | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

12. Apresenta alterações nos pés?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Deformidades / calosidades/ infecções | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Falta de sensibilidade/formigueiro | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. Dor tipo queimadura | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Pés sempre frios | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Úlcera/ferida prévia | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Úlcera/ferida activa | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. Amputação do pé | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| h. Amputação de dedo(s) do pé | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |



13. Que outras doenças teve ou tem?

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. Enfarte agudo do miocárdio | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Insuficiência cardíaca | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. Acidente vascular cerebral | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Nefropatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Retinopatia diabética | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Depressão | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. Outra _____ | | |

III

14. Costuma observar a planta dos pés?

☐ Nunca ☐ 1 ou 2 vezes por mês ☐ 1 vez por semana ☐ vários dias na semana ☐ diariamente

15. Costuma observar o espaço entre os dedos?

☐ Nunca ☐ 1 ou 2 vezes por mês ☐ 1 vez por semana ☐ vários dias na semana ☐ diariamente

16. Costuma lavar os pés?

☐ Nunca ☐ 1 ou 2 vezes por mês ☐ 1 vez por semana ☐ vários dias na semana ☐ diariamente

17. Quando lava os pés, testa previamente a temperatura da água?

☐ Sim ☐ Não



18. Quando lava os pés, mantém-nos de molho mais do que 10 minutos?

☐ Sim ☐ Não

19. Ao limpar os pés, seca o espaço entre os dedos?

☐ Sim ☐ Não

20. Costuma usar cremes hidratantes nos pés?

☐ Sim ☐ Não

21. Costuma inspeccionar o interior do calçado antes de o usar?

☐ Sim ☐ Não

22. Que tipo de sapatos usa?

☐ Ajustados ao pé, sem folgas.

☐ Com alguma folga, mas adaptados ao pé.

☐ Outra. Qual? _____

23. Quando os seus sapatos são novos, usa-os durante quantas horas por dia?

☐ Menos de 2 horas

☐ Mais de 2 horas

24. Aproxima os pés de fontes de calor (aquecedores, botijas de água quente, etc.) ou lava-os com água muito quente?

☐ Não

☐ Sim

25. Corta as suas calosidades?

☐ Sim ☐ Não



26. Usa calicidas?

☐ Sim ☐ Não

27. Como corta as unhas?

- a. ☐ Não muito rentes em especial os cantos.
b. ☐ Rentes incluindo os cantos.
c. ☐ Outra. Qual? _____

28. Se tiver algum problema nos pés que não melhora em poucos dias, o que faz?

- a. ☐ Recorre ao médico assistente.
b. ☐ Faz tratamentos na tentativa de melhorar.
c. ☐ Outro. Qual? _____

IV

29. Nos últimos 12 meses, no contacto com os profissionais de saúde, foi-lhe falado sobre:

a. Alterações da sensibilidade dos pés?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez

b. Como deve fazer a observação diária dos pés?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez

c. Tratamento de calosidades?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez

d. Como deve cortar as unhas?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez



e. A forma como deve escolher os sapatos?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez

f. Cuidados a ter com os sapatos e meias?

☐ Não ☐ Uma vez ☐ Mais do que uma vez

V

30. Considera-se devidamente informado, acerca:

g. Observação regular dos pés:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

h. Manutenção da limpeza dos pés:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

i. Escolha do calçado adequado:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

j. Utilização constante de calçado:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

k. Manutenção da pele hidratada:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

l. Utilização de um espelho para observar a planta dos pés:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

m. A evitar temperaturas muito altas ou muito baixas:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

n. Do modo de cortar as unhas:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante



o. Que as calosidades e verrugas só devem ser tratadas por profissionais de saúde:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

p. Da utilização de calicidas:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

q. Quando pedir ajuda devido a problemas nos pés:

☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

r. Quem contactar quando tem problemas nos pés:

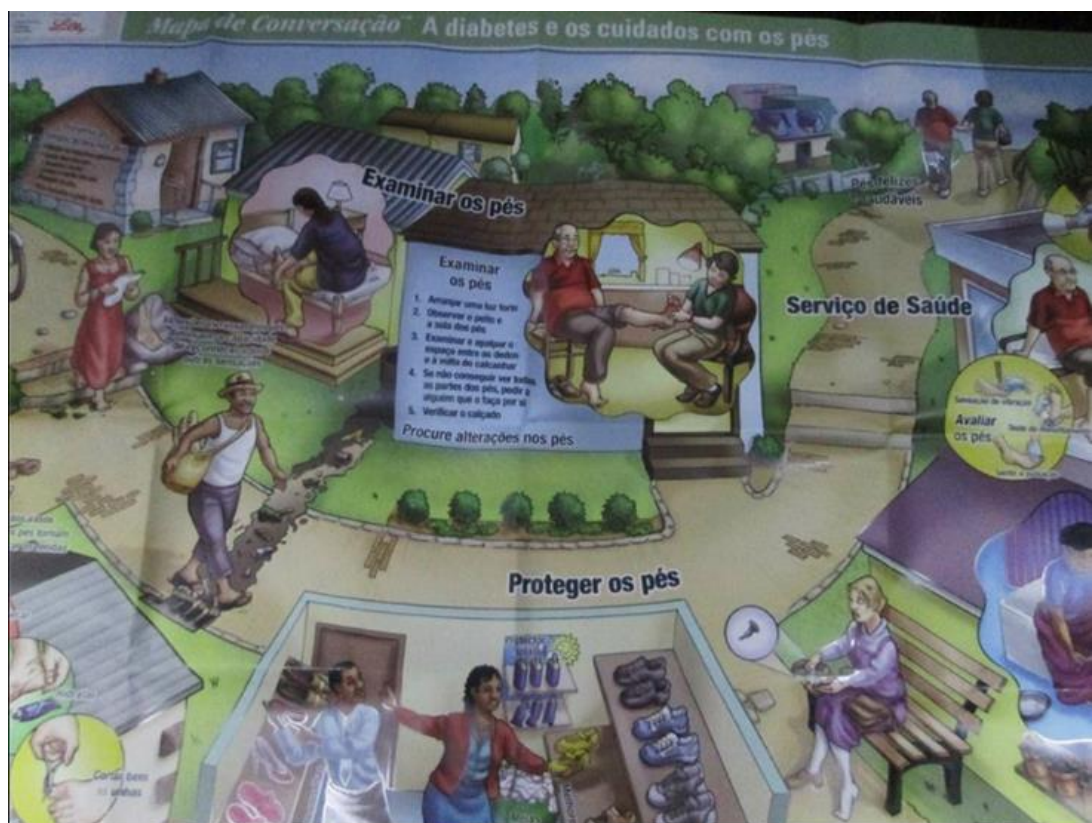
☐ nada ☐ pouco ☐ algum ☐ o suficiente ☐ bastante

VI

31. Obstáculos que encontra para cuidar dos seus pés:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| a. Não consigo ver bem os pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| b. Não consigo alcançar os meus pés. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| c. O tratamento é muito dispendioso. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| d. Pensei que não fosse importante. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| e. Não sabia o que fazer. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| f. Tenho dificuldades económicas. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| g. A minha casa não apresenta condições que mo permitam. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| h. Eu sabia o que tinha que fazer, mas não como fazê-lo. | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

ANEXO 4 - Imagem do Mapa de Conversação- “Diabetes e o cuidado com os pés”



ANEXO 5 – Pedido de autorização na plataforma do INFARMED, I.P.

mai-19 | Página CLXXXIII